

DE L'ÉTIOLOGIE ENDOCRINIENNE ET DU TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DU PSORIASIS

Travail de la Clinique dermatologique et syphiligraphique
de M. le Professeur SPILLMANN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Raymond-Jean CARILLON

INTERNE DES HOPITAUX DE NANCY

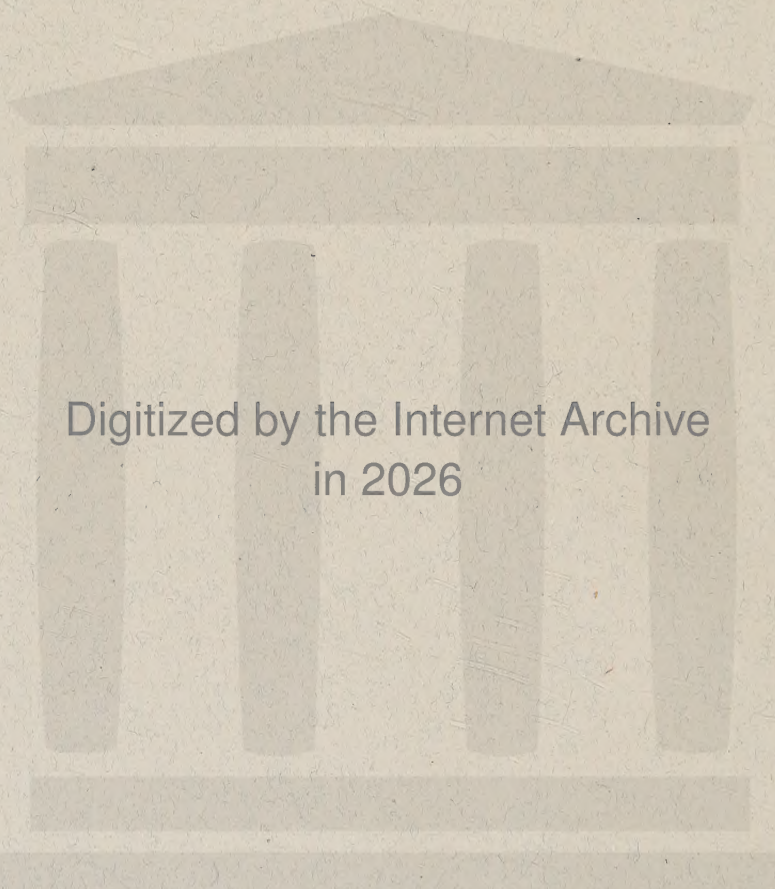
Né à Douaumont (Meuse), le 21 Novembre 1899

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN, Professeur	{	Président.
		VAUTRIN, Professeur. . .		Juges.
		LUCIEN, Professeur. . .		
		WATRIN, Agrégé. . . .		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ
1, Boulevard Jean-Jaurès

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547423_0053

DE L'ÉTIOLOGIE ENDOCRINIENNE ET DU TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DU PSORIASIS

Travail de la Clinique dermatologique et syphiligraphique
de M. le Professeur SPILLMANN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Raymond-Jean CARILLON

INTERNE DES HOPITAUX DE NANCY

Né à Douaumont (Meuse), le 21 Novembre 1899

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN, Professeur *Président.*

VAUTRIN, Professeur. . .

LUCIEN, Professeur. . .

WATRIN, Agrégé. . . .

Juges.

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ
1, Boulevard Jean-Jaurès

1925

FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, *, I Q.

Assesseur : E. SIMON, *, I Q.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q, PRENANT, *, I Q, F. GROSS, O *, I Q, HERRGOTT, O *, I Q ; WEISS, O *, I Q ; BOUIN, *, I Q ; ANGEL, *, I Q ; GARNIER, *, I Q.

Professeurs :

Hygiène	M. MACÉ, *, I Q.
Clinique médicale	M. SIMON, *, I Q.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, *, I Q.
Médecine légale	M. P. PARISOT, O *, I Q.
Anatomie pathologique	M. HOCHÉ, *, I Q.
Clinique médicale	M. ETIENNE, *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, *, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, *, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, *, I Q.
Physiologie	M. LAMBERT, *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSCHOLZ, *, I Q.
Histologie	M. COLLIN, *, I Q.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, *, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, *, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. MICHEL, *, I Q.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique	M. RICHON, *, I Q, agrégé libre.
Physique	M. DUFOUR, *, I Q.
Thérapeutique	M. PERRIN, *, I Q.
Chimie médicale	M. ROBERT, I Q.
Histoire naturelle	M. G. THIRY, *, I Q.
Pathologie générale	M. J. PARISOT, O *, I Q.
Physiologie	M. P. MATHIEU, I Q.
Chimie médicale et Toxicologie	M. N.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, *, I Q, prgfesseur.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, O *, I Q, professeur.
Pathologie externe	M. A. BINET, I Q, agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. A. BINET, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, I Q, agrégé.
Clinique ophtalmologique	M. JEANDELIZE, A Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. R. LALANNE, I Q, docteur.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, *, I Q, agrégé.
Cours d'hydrologie	M. PERRIN, *, I Q, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, *, I Q, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. LAMY, I Q, agrégé.
Education physique	M. P. MATHIEU, I Q, professeur.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, *, I Q, agrégé.
Neurologie	M. CORNIL, I Q, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. L. JOB, *, I Q.	MM. LAMY, I Q.	MM. CORNIL, I Q.
JEANDELIZE, A Q.	MUTEL, *, A Q.	DE LAVERGNE, *,
L. CAUSSADE, I Q.	WATRIN, *, I Q.	N.
BARTHÉLEMY, *, I Q.	HAMANT, I Q.	

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I Q, S. REMY, I Q.
BUSQUET, I Q, BINET, I Q, FAIRISE, A Q.

M. A. PACAUD, I Q, Secrétaire.

M. LAMBERT DES GILLEULS, *, M, I Q, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur SPILLMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIKES
ET CUTANÉES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

Monsieur le Professeur VAUTRIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Professeur LUCIEN

●CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Professeur Agrégé WATRIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Très sensible à l'honneur qu'a bien voulu nous faire M. le Professeur SPILLMANN, en nous confiant le sujet de notre thèse, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte de le remercier de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné ; nous garderons de son enseignement, si clair, si précis et d'une si haute portée sociale, le plus inaltérable souvenir.

Après vingt mois d'un fructueux séjour à la clinique de dermatologie, nous sommes retourné comme interne dans le service de chirurgie, où, en qualité d'externe, nous avons fait nos premières armes. M. le Professeur VAUTRIN nous y a reçu avec bienveillance, et nous sommes aussi fier d'être conseillé et dirigé par lui qu'heureux de pouvoir un an encore assister à ses magistrales cliniques.

M. le Professeur LUCIEN, si compétent en matière d'endocrinologie, a bien voulu juger ce modeste travail, qu'il nous a facilité ; nous le prions d'agréer l'expression de nos sincères remerciements.

Que M. le Professeur agrégé WATRIN, en qui nous avons trouvé pendant le cours de nos études un conseiller précieux et un guide avisé trouve ici l'assurance de nos respectueux sentiments de gratitude.

Dans leurs cliniques, MM. les Professeurs SIMON et Etienne nous ont légué un enseignement qui restera à la base de nos connaissances médicales. Nous nous y reporterons toujours avec fruit.

Nous avons parfait nos études auprès de MM. les Professeurs FRUHINSHOLZ, BARTHÉLEMY, JOB, DE LA VERGNE, CORNIL ; qu'ils reçoivent l'hommage de toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier nos chefs militaires et en particulier M. le Médecin-Inspecteur MERLAT et M. le Médecin-Chef MOINGEARD. sous les ordres desquels nous avons été détaché de l'Ecole du Service de Santé militaire de Lyon ; nous leur adressons l'expression de notre plus profond attachement.

Nous remercions également MM. les Docteurs DROUET, GUILLEMIN et CHARLES, chefs de cliniques, et M. le Docteur MOUTON-CHAPPAT pour la bienveillance amicale qu'ils nous ont toujours témoignée.

Notre pensée enfin se reporte vers nos camarades d'études, et particulièrement vers les Docteurs CABLAN et ROUSSEAUX, à qui nous adressons le témoignage de nos meilleurs sentiments d'amitié.

CHAPITRE PREMIER

DE L'ÉTIOLOGIE DU PSORIASIS

CONCEPTIONS ANCIENNES

LA CONCEPTION MODERNE DE SAMBERGER, NOTRE POINT DE DÉPART

Le Chapitre de l'étiologie du psoriasis est un des plus complexes de la dermatologie. Aucune des nombreuses théories proposées ne satisfait entièrement l'esprit. Toutes ont leurs arguments, mais en revanche, toutes prêtent à la critique : La pratique dermatologique de BROcq fait un lumineux historique de la question. Nous en retracerons les grandes lignes sans nous appesantir sur l'argumentation qui risquerait de faire double emploi avec celle que nous mettons à l'appui de notre travail.

Les auteurs anciens se ralliaient à deux camps opposés :

1^o Ceux qui, d'une part, tels que GILBERT, DEVERGIE, HÉBRA envisageaient le psoriasis comme une maladie locale ;

2^o Ceux qui, d'autre part, le regardaient comme une maladie générale (diathésique pour BAZIN).

1^o Dans le premier ordre d'idées, deux hypothèses étaient en présence :

a) Il y avait un ectoparasite : (epidermophyton de LANG, *Lecopolla repens* d'EKLUND) ;

b) Le psoriasis se présentait comme une malformation congénitale de la peau.

2^o Dans le second ordre d'idées, il s'agissait d'une maladie générale. (WILSON envisageait l'hérédité syphilitique) :

a) Maladie du sang : infectieuse (KOPP) ou dyscrasique (BAZIN et HARDY) pour les uns ;

b) Maladie des nerfs, pour les autres (BOURDILLON). WEYL avait même émis l'hypothèse qu'une lésion pourrait exister au niveau des centres nerveux présidant à la nutrition cutanée.

Tel était l'état de la question au début du siècle actuel. De nouvelles théories ont été proposées, qui ne répondent qu'à une certaine catégorie de faits et non à tous, et qui, pour cette raison, peuvent être considérées comme ne contenant qu'une part de la vérité. Nous les retrouverons au cours de ce travail.

La conception la plus moderne est celle de SAMBERGER, de Prague. C'est elle qui nous servira de base. Elle ne résoud pas le problème dans son entier, mais elle en recule les données.

Cet auteur a observé que chez les psoriasiques le processus de kératinisation est altéré de façon à ce que la peau conserve son aspect habituel dans les conditions normales, mais s'altère dans les circonstances anormales. Il en veut pour preuves :

1^o Que les malades ne réagissent jamais dans le sens de l'hyperkératose (les psoriasiques ne sont jamais porteurs de durillons).

2^o Qu'ils réagissent d'une façon toute spéciale à l'inflammation : chez un individu sain, la cohésion des cellules kératinisées est telle qu'il faut une longue inflammation des téguments pour produire une desquamation. Chez les psoriasiques, au contraire, la cohésion est si peu marquée qu'à la moindre irritation la peau desquamme, en sorte que le psoriasis ne serait qu'un simple impétigo évoluant sur un terrain spécial. La rapidité et la précocité de la desquamation empêcheraient la formation des pustules ; au microscope cependant, on retrouverait au milieu des lamelles l'existence de petits amas lymphocytaires trahissant celle de petits abcès miliaires qui n'auraient pas eu le temps de confluer.

Dans le cas où le processus de dyskératinisation serait peu marqué, les squammes psoriasiques ressembleraient à des croûtes, et on pourrait, dans les cas limites, voir le psoriasis succéder ou faire place à un impétigo vrai. SCHLAFFER (1921) en Allemagne, a publié une observation de ce genre.

Telle est, dans son ensemble, la conception de SAMBERGER : le tégument est primitivement altéré ;

l'efflorescence psoriasique n'apparaît qu'à propos de l'inflammation.

Il y a donc lieu de rechercher des causes générales, facteurs primordiaux de la dyskératose et des causes occasionnelles facteurs de l'inflammation. Nous commencerons à étudier les dernières.

CAUSES OCCASIONNELLES DU PSORIASIS

L'inflammation, pour SAMBERGER, est le facteur occasionnel du Psoriasis, mais, avant de l'admettre, il en faut prouver l'existence constante et réelle.

L'anatomie pathologique répond affirmativement : Déjà dans l'hypoderme et dans les couches sous-papillaires du derme, on trouve autour des vaisseaux des infiltrats de cellules lymphoïdes, au milieu desquelles on peut mettre en évidence quelques rares mastzellen; puis des lymphocytes et des leucocytes polynucléaires arrivent par diapédèse à traverser l'épiderme pour venir s'accumuler dans la couche cornée et y former les petits abcès miliaires que nous signalions précédemment. L'hyperancathose elle-même est mise sur le compte de l'inflammation.

S'il est actuellement prouvé que l'inflammation est réelle dans le psoriasis, il reste maintenant à en découvrir les facteurs.

Nous envisagerons donc les facteurs possibles d'une inflammation banale. Ces facteurs sont de trois ordres : artificiels — nerveux — enfin et surtout, infectieux.

1^o CAUSES ARTIFICIELLES DE L'INFLAMMATION

Les causes artificielles de l'inflammation peuvent elles-mêmes être d'ordre mécanique, thermique, actinique, chimique ou toxique.

Ne rapporte-t-on pas aux traumatismes la localisation si caractéristique du psoriasis aux genoux et aux coudes ? SMALL, d'Edimbourg, a publié des observations montrant que le traumatisme avait sur la distribution du psoriasis une influence marquée. Il a vu les efflorescences localisées sur une plaie qui venait à peine de terminer sa cicatrisation. Il en a vu d'autres se développer *in situ* après guérison d'une gale infectée.

Notre observation III est celle d'un malade chez qui la première efflorescence psoriasique est apparue sur un endroit récemment traumatisé.

Ce malade faisait cette remarque : « aux genoux, où je me cogne fréquemment, les taches ne partent jamais, mais au ventre, elles ne tiennent pas. »

L'inflammation pourrait être d'ordre toxique, soit que les toxines prennent naissance dans l'économie, soit qu'elles y soient produites par des agents parasitaires.

C'est ainsi que le psoriasis a été considéré comme une dermatose diathésique, due à la présence de matières extractives, à laquelle s'ajoute une intoxication intestinale. Pour FLEISHER, cette intoxication serait due à la présence de *Monilia* qu'il aurait retrouvées dans les selles de tous les psoriasiques.

Les toxines microbiennes peuvent être envisagées comme des facteurs d'ordre artificiel et non infectieux, au même titre que les poisons, étant donné que les corps microbiens ont restés, dans l'économie, éloignés des téguments.

La toxine tuberculeuse est souvent incriminée

(GAUCHER et DESMOULIÈRES). SICOLI trouve une analogie frappante des modifications sanguines du psoriasis et des formes torpides de tuberculose : (lymphocytose et éosinophilie).

BORY est frappé par la ressemblance du psoriasis avec la tuberculose à forme verruqueuse.

GAUCHER, constatant qu'une des complications du psoriasis, le pityriasis rubra chronique, se termine toujours par la tuberculose pulmonaire à marche rapide, fait du psoriasis une manifestation toxique, au même titre que le lupus érythémateux.

MENZER, expérimentant avec de la tuberculine chez les psoriasiques, provoque des efflorescences nouvelles. Toutefois, ces recherches sont mises en doute par SCHÆNFELD.

Pour nous, nous n'admettons ces facteurs (intoxications diverses, auto-intoxication, toxine tuberculeuse, etc.) que sous la réserve qu'ils seraient seulement la cause de l'inflammation ; elle-même, nous le répétons n'étant que la cause « occasionnelle » et non « réelle » du psoriasis. D'ailleurs, nous verrons plus loin que nous faisons jouer un autre rôle à la tuberculose.

2^o CAUSES NERVEUSES DE L'INFLAMMATION

Infections mises à part, une inflammation, si elle n'est pas toxique ou traumatique, peut être d'ordre nerveux. Le mécanisme des inflammations cutanées neurogènes n'est pas encore expliqué, mais leur existence n'est pas douteuse (herpés). Peut-être pourrait-

on, par ce mécanisme, expliquer les éruptions soudaines de psoriasis survenant chez des *prédisposés*, à l'occasion d'une émotion ou d'un choc nerveux.

Nous comprenons ainsi l'association du psoriasis avec certains accidents d'ordre nerveux : (sciatiques, névralgies, anorexies, migraines, etc.) et le caractère névropathique de certaines formes cliniques de psoriasis, de celles en particulier qui nous apparaissent comme un zona passant directement au stade lamello-croûteux caractéristique du Ps., en raison de ce que la nature dyskératosique du tégument n'a pas permis le stade vésiculeux.

Nous avons observé (Observ. n° XIII), un jeune homme chez qui le psoriasis débuta à l'occasion d'un deuil inattendu. Nous persistons à croire que notre malade était déjà à ce moment « en puissance de psoriasis ».

3° CAUSES INFECTIEUSES DE L'INFLAMMATION

Nous avons passé en revue les causes mécaniques et nerveuses de l'inflammation. Il faut bien dire qu'elles nous apparaissent comme l'exception et que nous croyons bien plus volontiers à la présence *in situ* d'un agent microbien.

L'aspect clinique, le développement polycyclique, le mode de propagation et d'extension des lésions ; l'action certaine des agents antiseptiques superficiels y font nécessairement penser.

Par toutes les considérations qui précèdent, on peut s'attendre à nous voir admettre comme facteurs occasionnels du psoriasis tous les parasites connus ou inconnus que les chercheurs voudront bien trouver dans les squammes. Notre opinion est que les microbes banaux sont capables, à eux seuls, de provoquer chez les prédisposés l'efflorescence psoriasique, mais nous ferions volontiers crédit à qui prouverait la spécificité d'un parasite spécial.

Jusqu'à présent, aucun microbe spécifique n'a été officiellement admis : les épidermophytons de LANG, les *Lecopolla repens* d'EKLUND, les corpuscules de RASCK, le virus dermatrope de LIPSCHUTZ sont loin d'être admis par tous les auteurs. Les recherches sont d'ailleurs très ingrates, et notre Maître, M. le Professeur SPILLMANN, nous a conté les siennes longues et répétées, malheureusement restées vaines.

Bien que la syphilis et la tuberculose soient souvent rendues responsables du psoriasis, jamais un auteur n'a trouvé dans les efflorescences le tréponème pâle ou le bacille de Koch. Par contre, les cultures de squammes donnent souvent naissance à des colonies de microbes banaux de la suppuration, staphylocoque et streptocoque. On ne peut, de ce fait, tirer aucun argument, ces microbes pouvant n'apparaître qu'accidentellement ; mais plus instructives sont les observations dans lesquelles la guérison du psoriasis fut obtenue par le vaccin staphylococcique (JAERISCH en Allemagne).

De même, nous pouvons tirer argument :

1^o De l'observation de SCHLAFFER, que nous avons déjà mentionnée : chez son malade, à des pustules d'*impétigo*, succèdent des croûtes d'abord, puis des lamelles de psoriasis ensuite ;

2^o De l'observation de SMALL, où une gale *infectée* est le point de départ d'un psoriasis vulgaire.

Une question se pose encore quant à l'origine de l'infection.

Nous ne pensons pas à l'origine endogène qui nous obligerait à expliquer l'apport microbien au niveau des téguments, par le mécanisme de l'embolie, donc à admettre une véritable septicémie. Or, le psoriasis évolue sans phénomènes généraux, n'altérant pas la santé du porteur, et nous sommes prêts à croire à l'origine exogène de l'infection.

En résumé, la cause occasionnelle du psoriasis chez un prédisposé nous semble devoir être la même que celle qui produit une inflammation quelconque chez un individu normal.

L'efflorescence psoriasique d'un dyskératosique nous apparaît comme l'homologue chez un individu sain par ailleurs, d'un impetigo banal, d'un zona ou de toute autre lésion d'ordre inflammatoire.

Nous faisons toutefois la remarque que le psoriasique paraît plus sensible aux infections cutanées que les individus normaux et, pour l'expliquer, nous disons que ces malades ont une diminution marquée de la vitalité de leur organisme. La constipation,

l'auto-intoxication, seraient facteurs de moindre résistance.

L'arsenic, capable d'augmenter les échanges nutritifs, serait susceptible de rendre l'organisme et les téguments plus aptes à résister à l'infection d'où son utilisation, soit pour obtenir le blanchiment, soit pour éviter le retour offensif des efflorescences.

CAUSES RÉELLES DU PSORIASIS

SAMBERGER écrit en 1925 :

« La diminution de vitalité, cause spéciale du psoriasis, peut avoir des origines diverses. Elle peut être congénitale ou acquise. Si elle est acquise, elle peut être d'origine interne ou externe. Aussi, n'est-il pas étonnant que les uns voient la cause du psoriasis dans l'arthritisme, d'autres dans les troubles constitutionnels les plus divers, parfois même dans la tuberculose, et peut-être aussi *dans les lésions de la sécrétion interne.* »

Le but de notre travail a été de rechercher la part que prennent les glandes endocrines dans la production de la parakératose.

Cette part, à notre sens, se détermine de trois façons différentes :

- 1^o Par la clinique ;
- 2^o Par la thérapeutique endocrinienne ;
- 3^o Par la méthode des tests endocriniens.

Cette dernière méthode est exposée dans notre chapitre : Technique.

1^o MÉTHODE CLINIQUE

C'est cette méthode qui a permis de soupçonner les rapports du psoriasis avec les troubles de la sécrétion interne. Elle consiste dans la simple observation des

cas où la dermatose s'associe à une fonction endocrinienne cliniquement troublée ou exaltée.

Le type le plus commun du trouble endocrinien cliniquement observable est sans conteste le basedowisme. LÉVY FRAENKEL et JUSTER disent que le psoriasique basedowien franc est rare, mais nos recherches nous permettent d'affirmer que l'association du psoriasis avec le basedowisme fruste est fréquente (Observ. n° V, VI, VIII, X, XI.)

Nous avons retrouvé chez plusieurs malades les petits signes de l'hyperthyroïdie, et notre diagnostic s'est vu confirmé par la pratique des tests. Nous n'avons, par contre, observé qu'une seule malade hypothyroïdienne fruste, et nous la traitons depuis quelques jours seulement.

Le psoriasis et le diabète peuvent coexister, mais, en définitive, toutes ces associations pourraient bien n'être que fortuites.

Plus démonstratives sont les observations, courantes, où le psoriasis suit dans le temps un cycle superposable à celui que parcourt une glande périodiquement exaltée ; nous voulons parler de l'ovaire.

HÉBRA avait cependant écrit : « Je n'ai jamais observé qu'un seul cas où on puisse montrer une attaque de psoriasis en connexion avec un trouble important de la menstruation, avec la grossesse, ou avec les couches. »

Des faits nouveaux sont venus infirmer cette opinion.

Avant la puberté, le psoriasis est rare. L'époque à laquelle s'installent les premières règles peut marquer

le point de départ de la dermatose. La ménopause et la castration, quand elles n'en marquent pas le début, sont souvent la cause d'aggravation d'un psoriasis préexistant.

En règle générale, le psoriasis débute au cours de la vie génitale et subit du fait des règles, de la grossesse, des couches et de l'allaitement, de nombreuses modifications.

La statistique de BENASSI, portant sur 120 femmes psoriatiques, accuse le début des accidents :

22 fois avant l'âge de 15 ans.

31 fois après l'âge de 40 ans.

67 fois en période génitale.

VERROTI rapporte un cas de psoriasis vulgaire généralisé, coïncidant avec un arrêt de la fonction ovarienne. Le traitement opothérapique ovarien amena le retour des règles et la guérison de la dermatose.

D'une façon générale, la grossesse semble être un facteur d'apparition et d'aggravation du psoriasis. FOGGIE a publié l'observation d'un psoriasis des ongles survenant à chaque grossesse.

Nous venons d'observer à la Maternité de Nancy, une malade qui fit sa première poussée de psoriasis au cours d'une grossesse. La dernière gestation amena une récurrence de la dermatose et s'accompagna d'accidents d'ordre toxique (vomissements). Après l'accouchement, les efflorescences psoriatiques s'effacèrent.

Inversement, PETRINI, en 1912, publiait l'observation d'une malade âgée de 28 ans, atteinte depuis

5 ans d'un psoriasis vulgaire rebelle, à petites plaques. Cette malade, à chaque grossesse, était exempte de psoriasis et « engraissait ». L'auteur considérait ce cas comme exceptionnel.

A la réunion dermatologique de Nancy du 12 mai 1923, SPILLMANN, PARISOT et SIMONIN présentaient une malade âgée de 29 ans, sans antécédent particulier, ayant eu à l'âge de 12 ans sa première atteinte de psoriasis. Après des alternatives de guérison et d'aggravation, la malade, mariée, eut 3 grossesses. Au début de chacune d'elles, en même temps que son état général s'améliorait, elle vit les efflorescences disparaître assez brusquement, pour reparaitre au moment du retour des couches.

A la troisième grossesse, la dermatose ne récidiva que très lentement et très légèrement dans le cuir chevelu. On avait, durant cette gestation, fait quatre prises de sang, et préparé une réserve de sérum de la malade. Son emploi eut vite raison de la légère récidive, mais n'eut aucune action sur la dermatose d'une autre malade en traitement à la clinique de dermatologie.

La grossesse peut donc, soit provoquer le psoriasis d'une façon générale, soit le faire disparaître d'une façon exceptionnelle. Or, il est intéressant de noter que dans les cas où le psoriasis disparaît pendant la grossesse, l'état général des malades s'améliore considérablement, contrairement à ce que l'on observe habituellement dans les autres cas. Nous en donnons l'explication suivante.

Au cours d'une grossesse normale, on note un

hyperfonctionnement de tous les organes à fonction antitoxique. Le corps thyroïde est du nombre. Suivant la façon dont il réagit, on obtiendra des résultats opposés.

Si son fonctionnement est insuffisant, et c'est la règle générale, la malade, en même temps qu'elle éprouvera des troubles généraux, verra son psoriasis s'aggraver. Dans le cas contraire, la grossesse, provoquant un hyperfonctionnement du corps thyroïde, exécute d'elle-même le traitement opothérapique thyroïdien du psoriasis.

2^o MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE

Ayant constaté cliniquement la coexistence fréquente du psoriasis, avec les troubles de la sécrétion interne, les auteurs ont pensé tout naturellement à appliquer à la dermatose le traitement opothérapique. Ce traitement fut quelquefois guidé par les indications cliniques. Son application était donc rationnelle. Plus souvent la médication opothérapique fut prescrite en dehors de toute indication clinique d'une façon systématique, et par conséquent empirique.

Dans de nombreux cas, le succès a couronné les efforts des thérapeutes, mais bien souvent aussi les échecs ont pu porter quelque discrédit à la méthode.

C'est qu'en effet, à notre sens, à un psoriasis donné,

il n'y a qu'un extrait glandulaire à opposer, qui doit amener la guérison du sujet. La difficulté est de le déterminer.

Essayer successivement plusieurs médications est chose longue et décourageante, car, avant de pouvoir juger les effets d'un traitement donné, il faut attendre un mois ou deux.

C'est pour cette raison que de nombreux dermatologistes, adoptant tel ou tel extrait glandulaire, s'en tiennent exclusivement à celui-ci, se réservant de traiter les cas d'échec par les méthodes classiques.

Nous avons envisagé les rapports « cliniquement » observables du psoriasis avec les glandes endocrines, et nous ne nous sommes guère attachés qu'à la thyroïde et à l'ovaire.

Quoi d'étonnant alors à ce que les tout premiers essais thérapeutiques aient porté presque exclusivement sur ces deux glandes.

MENEAU en 1894, BUSCH en 1895, ZABURIN en 1896, HAYS en 1900, et plus récemment HARROWER, IBOTSON ont publié des observations de psoriasis guéris par le traitement opothérapique thyroïdien.

LÉVY-FRAENKEL et JUSTER, de leur côté, irradièrent le corps thyroïde avec des doses excitantes de rayons X et obtenaient deux guérisons sur six cas traités.

Comme IBOTSON, on serait donc tenté de croire à l'association fréquente du psoriasis et du myxœdème. Or, nos observations démontrent la plus grande fréquence des états basedowiens frustes, en sorte que l'ingestion systématique de thyroïdine peut paraître dangereuse, et le fait semble paradoxal de voir

le psoriasis guérir si fréquemment sous l'action de la thyroïdine.

Nous trouvons l'explication de ce fait dans l'essai de classification des états thyroïdiens de MM. LUCIEN, PARISOT et RICHARD.

Pour ces auteurs, et ils en donnent des preuves, l'état basedowien n'est pas un état d'hypersecrétion d'hormone thyroïdienne normale, mais un état d'hypersecrétion d'hormone thyroïdienne viciée. Au myxœdème correspondrait l'absence de sécrétion, au basedowisme son altération. Il est alors aisé de comprendre que la thyroïdine à faible dose n'aggrave pas les troubles habituels de l'hyperthyroïdie, mais au contraire tend à remplacer la sécrétion thyroïdienne normale, et peut-être à redresser la sécrétion altérée.

L'opothérapie ovarienne a enregistré des succès plus réguliers, car elle a été appliquée à une catégorie de femmes psoriasiques, chez qui les troubles génitaux étaient manifestes, et semblaient bien à la base de la dermatose. Nous avons déjà cité l'observation de VERROTI intitulée : un cas de psoriasis vulgaire généralisé, avec aménorrhée, guéri par l'opothérapie ovarienne.

Dans ces dernières années, le champ d'expérimentation s'est étendu aux autres glandes endocrines, avec des résultats variables.

L'ovaire était souvent mis en cause chez la femme, il était tout naturel de mettre en parallèle le testicule chez l'homme, et CAMRDA, en 1921, guérissait

un psoriasique âgé de 10 ans avec un extrait pluriglandulaire : thymus, testicule, thyroïde.

Au moment de mettre sous presse: M. le Professeur CORNIL nous communique l'observation d'un homme atteint de psoriasis associé à de l'insuffisance testiculaire (voir observation n° XV), et guéri par l'ingestion d'extraits orchitique, surrénal et thymique.

En Angleterre, les glandes parathyroïdes sont récemment sollicitées par WILSON, qui traite deux cas de psoriasis par l'extrait parathyroïdien et obtient deux guérisons. HENDRIE, l'année suivante (1925), tente la même thérapeutique chez un malade âgé de 40 ans, atteint depuis son enfance et échoue.

L'extrait hypophysaire semble délaissé par les auteurs, et pourtant nous lui devons de beaux succès. (Obs. n° VI, X, XI.) En réalité, nous ne l'avons pas employé pour suppléer à une insuffisance hypophysaire (nous n'avons pas relevé cette altération chez nos malades), mais seulement pour compenser l'éréthisme de la thyroïde chez nos basedowiens frustes.

Depuis que l'insuline a été introduite dans l'arsenal thérapeutique, le champ d'application de cet extrait s'est considérablement étendu. Très récemment, MM. RAVAUT, BITH, DUCOURTIOUX ont obtenu avec le traitement insulinique la guérison de trois malades atteints de psoriasis. M. DARIER estime que la recherche du taux de l'azotémie, de la glycémie, de la cholémie, de la lipémie, doivent fournir les indications nécessaires à l'emploi de l'insuline. D'ailleurs, M. LORTAT-JACOB, faisant pratiquer des dosages de

sang chez les psoriasiques, admet que bon nombre de psoriasiques sont hyperlipémiques ; aussi conseille-t-il de favoriser l'action de l'insuline par un régime de légumes verts crus en abondance (salades, cresson, crudités, amandes.). M. LOUSTE a calmé avec le même médicament le prurit et le psoriasis chez deux diabétiques psoriasiques.

Nous en arrivons enfin à la médication thymique, dont l'importance dans le traitement du psoriasis est telle qu'elle a été le point de départ d'une théorie dite : théorie thymique du psoriasis de BROCK, de Kiel. Cet auteur, irradiant des placards de psoriasis siégeant à la région presternale eut la surprise de constater la disparition non seulement des taches irradiées, mais aussi des autres éléments disséminés à la surface du corps de son malade.

Il pensa alors avoir excité la sécrétion thymique, et cette simple observation fut la base de sa méthode.

GAWALOSKY, rappelant les travaux de SAMBERGER et de BROCK, confirme en 1923 que l'amélioration de la fonction thymique améliore aussi la kératinisation, excite la pigmentation, provoque le prurit et agit utilement sur le psoriasis.

GROSS rapporte les excellents résultats obtenus dans des cas de psoriasis très sévères, qu'il parvint à guérir par l'extrait thymique en injections intramusculaires et GUARINI, en Italie, se montre enthousiaste de la méthode de Brock. Il obtient par la radiothérapie du thymus 14 guérisons sur 15 cas traités. Il estime la curiethérapie inférieure à la Röntgenthérapie.

Ces résultats positifs confirment singulièrement l'hypothèse de BROCK à savoir que l'hormone thymique jouerait un rôle primordial dans la perfection du processus de kératinisation des téguments. Mais, outre qu'on est très peu fixé sur l'existence et la nature de l'hormone thymique, tous les expérimentateurs ne se montrent pas également enthousiastes. SCHNEIDER n'aurait eu que deux cas de guérison sur 12 cas traités, et LÉVY-FRAENKEL et JUSTER pensent que des deux modes de traitement : opothérapie thymique et radiothérapie du thymus, le dernier seul est susceptible de fournir des résultats positifs. Nous ne partageons pas entièrement l'opinion de LÉVY-FRAENKEL, puisque nous avons obtenu des guérisons avec de la poudre de thymus en ingestion. Quoiqu'il en soit, il est permis d'affirmer, et nos observations le prouvent, qu'il y a des psoriasis qui résistent à la médication thymique, et qui s'aggravent même de son emploi, de sorte que si nous admettons volontiers qu'on puisse rendre le thymus responsable du psoriasis dans un certain nombre de cas, nous estimons que cette responsabilité ne peut s'étendre à la généralité des cas. L'irradiation de la rate par les rayons X a, comme celle du thymus, des cas de guérison de psoriasis à son actif, et nous avons été amenés à penser que l'action de l'opothérapie thymique se renforcerait en y adjoignant l'action des extraits de rate et de ganglions lymphatiques. En créant cette association du thymus, des ganglions lymphatiques et de la rate, nous considérons que l'origine commune de ces organes pouvait leur permettre de jouer un

rôle comparable dans le métabolisme de la peau. Nous choisîmes trois malades, au hasard de la consultation, et nous leur injectâmes quotidiennement dans les muscles fessiers, pendant un mois, un de nos trois extraits, à tour de rôle. Les résultats furent absolument négatifs, et nous estimons que les tests seuls pourront nous permettre de déterminer le traitement opothérapique convenable. L'observation d'un de nos trois malades figure dans notre travail (Observ. n° XIII).

3^o MÉTHODE DES TESTS ENDOCRINIENS

Cette méthode, qui est la plus récente, paraît être la méthode d'avenir pour la recherche des troubles de la sécrétion interne. Nous l'avons appliquée non seulement au psoriasis, mais aussi à un grand nombre de dermatoses susceptibles de relever du dysfonctionnement endocrinien.

Les recherches que nous avons faites en dehors du psoriasis ont contribué à augmenter notre expérience des tests glandulaires, mais ne sauraient trouver place dans ce travail.

Malheureusement, comme il s'agissait d'épreuves biologiques, les conclusions ne peuvent être absolues et un test, même fortement positif, demande à être contrôlé, toutes les fois qu'il est possible de le faire. En d'autres termes, le test donne une probabilité, quelquefois très grande, non une certitude, mais la certitude s'acquiert quand un faisceau de preuves convergent vers le même diagnostic.

Il y a deux glandes endocrines dites chefs de file : la thyroïde et les surrénales. Ce sont elles qu'il faut commencer à interroger. Si on conclut à la déficience de l'une d'elles, il est inutile de pousser les recherches plus avant, car il est vraisemblable que les troubles glandulaires associés, sont secondaires à la déficience que l'on vient de déterminer et disparaîtront, après le traitement, avec elle.

Comment on interroge une glande à sécrétion interne, c'est ce qu'on trouve d'une façon schématique à notre chapitre technique, mais avec tous les détails nécessaires dans le livre de MM. PARISOT et RICHARD : « Les glandes endocrines, leur valeur fonctionnelle », et dans la thèse du D^r WINSTEL : « Dermatoses et Opothérapie ».

S'il est des glandes que l'on explore facilement et par des méthodes variées, qui permettent des recouplements, la thyroïde par exemple, il est en d'autres au contraire pour qui les tests sont encore à trouver :

Les troubles de l'épiphyse se diagnostiquent par la méthode des éliminations. Les parathyroïdes ne peuvent être appréciées que par l'examen clinique des sujets, et la sécrétion interne du thymus est encore très mal connue. Les seuls moyens de diagnostiquer la persistance du thymus chez l'adulte seraient la percussion, qui décèlerait une matité rétrosternale déplaçable à droite, et peut-être aussi la radiographie du médiastin.

Ainsi, lorsque nous déclarons qu'un individu a un fonctionnement glandulaire normal, nous ignorons tout de son thymus, et c'est là une assez grave lacune.

Ces réserves faites, les observations du D^r WINS-TEL et les nôtres nous révèlent dans le psoriasis les troubles endocriniens les plus variés.

Dans les observations que nous présentons, nous relevons 5 cas d'hyperthyroïdie, un cas très net d'hypothyroïdie, un autre cas (Obs. n^o IX) moins certain d'hypothyroïdie, et un cas de dysovarie. (Nous faisons rentrer les troubles des surrénales dans les troubles de l'équilibre vago-sympathique, étant entendu qu'un individu sympathicotonique est en état d'hyperadrénalinémie).

Nos observations peuvent d'ailleurs se résumer dans le tableau suivant :

N ^{os}	DIAGNOSTIC	GUÉRISON AVEC :	ECHEC AVEC	OBSERVATIONS
1	Sympathicotonie	Extrait thymique	Extrait thyroïdien, puis hypophysaire	Début du Ps à l'occasion d'un accident.
2	Déséquilibre vago-sympathique	Extrait thymique	Extrait hypophysaire	
3	Sympathicotonie	Extrait thymique	—	Début à l'occasion d'une blessure.
4	Vagotonie	Extrait thymique	—	Psoriasis arthropathique.
5	Hyperthyroïdie	Hemato-éthyrôidine	Extrait thymique	Hérédité.
6	Hyperthyroïdie	Extrait hypophysaire	Traitement anti-Σ	Wassermann positif.
7	Hypo-ovarie	Thymus + agoménisine	agoménisine seule, puis thymus seul	
8	Hyperthyroïdie	—	Hypophyse, puis thymus	
9	Hypothyroïdie ?	Extrait thyroïdien	Thymus.	
10	Hyperthyroïdie	Extrait hypophysaire	—	
11	Hyperthyroïdie	Extrait hypophysaire	—	
12	?	Extrait thymique	traitement anti-Σ	Wassermann +.
13	?	?	trait. ant. Σ puis assoc. thym.-rate-ganglions lymphatiques	Wassermann positif + Début à l'occ. d'un deuil,
14	Hypothyroïdie	En traitem. thyroïdien	—	
15	Insuffisance testiculaire	Adrenaline + extrait testiculaire	—	

Les déficiences glandulaires présentent donc un caractère principal ; elles sont variables, et la conclusion s'impose. Ce n'est pas de l'hormone thyroïdienne, pas plus que de l'hormone hypophysaire ou ovarienne que manquent les cellules épidermiques dont la kératinisation s'achève mal, car s'il était besoin d'une hormone, celle-ci serait toujours la même, et le psoriasis n'aurait qu'un seul traitement opothérapique, ce qui est contraire à nos observations.

Et cependant, chaque fois que l'on diagnostique un trouble glandulaire et que l'on y oppose le traitement opothérapique approprié, on voit le psoriasis disparaître d'une façon pour ainsi dire automatique. (Notre seul cas d'échec serait celui de l'observation n° VIII). Au contraire, tout traitement contraindiqué par les tests aboutit fatalement à un échec (colonne 4 du tableau précédent).

Pour expliquer que des traitements si variés puissent aboutir à la même perfection du processus de kératinisation et à la guérison du psoriasis, il faut qu'ils agissent par un intermédiaire.

Nous le découvrons dans le *sympathique*, que nous considérons comme le trait d'union entre les glandes endocrines et la peau.

Le sympathique est, en effet, contrairement au système parasympathique, avant tout un système de la vie tissulaire et cellulaire (GUILLAUME). Son action sur la nutrition cutanée est un cas particulier de cette grande fonction d'ensemble. Le sympathique régit la sécrétion sudorale, vraisemblablement aussi

la sécrétion sébacée. Le tonus vasculaire est sous la dépendance du système végétatif, dont fait partie le sympathique.

En définitive, nous disons : le psoriasis résulte d'un trouble de la kératinisation ; le sympathique régit normalement la nutrition cutanée, rendons le sympathique responsable des accidents psoriasiques

Mais comment prouver cette responsabilité ?

En premier lieu, nous avons les arguments cliniques. Depuis longtemps, on connaît les alternances du psoriasis avec l'athisme, l'eczéma, l'urticaire, qui résultent également des troubles du tonus végétatif.

SABOURAUD voit dans l'association fréquente du psoriasis et de la pelade plus qu'une coïncidence, et nous avons trouvé dans la pelade des troubles du vago-sympathique analogues à ceux du psoriasis.

En règle générale, les psoriasiques sont des individus émotionnables, de caractère vif, irritable parfois.

On voit quelquefois, pendant l'évolution de la maladie, des complications arthrophatiques, le plus souvent multiples, et qui paraissent devoir être rangées dans la catégorie des troubles trophiques *d'origine nerveuse*. (GOLAY.) (Notre observation IV).

Nous avons pour notre part cherché à déterminer quel rôle avait le sympathique dans la production du psoriasis. Pour cela, il nous fallait interroger le système végétatif partout où il était accessible, en particulier dans ses fonctions régulatrices de la motricité cardiaque, où ses deux composants : le sympathique et le vague, jouent un rôle tout à fait opposé.

En paralysant ou en excitant tour à tour le vague et le sympathique avec des substances pharmacodynamiques telles que : atropine, adrénaline, pilocarpine, nitrite d'amyle, nous avons pu juger de la plus grande sensibilité de l'un des deux systèmes vis-à-vis de l'autre (Voir chapitre : Technique).

Les résultats obtenus sont très variables : parfois les sujets sont vagotoniques. Dans d'autres cas, les plus nombreux, ils sont sympathicotoniques. Dans d'autres cas encore, les deux systèmes paraissent avoir une sensibilité exagérée vis-à-vis des substances pharmacodynamiques.

Mais la notion fondamentale à retenir est qu'on note *toujours et dans tous les cas un déséquilibre vago-sympathique*. Que ce déséquilibre puisse être, dans certains cas au profit du vague, dans d'autres au profit du sympathique, cela n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous interrogeons le système végétatif non dans ses fonctions cutanées, mais dans ses fonctions cardio ou vaso-motrices, en utilisant comme repères le pouls et la tension artérielle, et l'on sait qu'un individu qui présente des troubles de son tonus végétatif peut fort bien être considéré comme vagotonique ou sympathicotonique, suivant qu'on interroge l'appareil cardiaque ou un tout autre appareil. Un exemple frappant de cette dissociation réside dans le fait que les athsmatiques qui sont cependant tous des vagotoniques au point de vue pulmonaire, peuvent avoir un R. O. C. inversé, ce qui est un signe d'hypersympathicotonie.

C'est pour cette raison que nous insistons sur le

trouble du système végétatif en lui même, sans attacher une importance très grande au fait que c'est l'un plutôt que l'autre des systèmes vague ou sympathique qui l'emporte sur l'autre.

Nous ne savons donc pas après avoir établi le bilan endocrino-sympathique d'un individu psoriasique si son sympathique cutané est hypo ou hyperexcitable. Nous le croyons hyperexcitable étant donné la facilité avec laquelle on peut faire apparaître les réflexes sympathiques cutanés tels que le réflexe pilo-moteur et le dermatoglyphisme.

Une autre considération non moins essentielle découle encore de nos observations, c'est qu'après le traitement opothérapique, lorsque la guérison du psoriasis a été obtenue, tel individu qui réagissait au préalable à l'adrénaline ou à l'atropine, à l'une enfin des substances pharmacodynamiques, aux mêmes doses ne réagit plus à ces mêmes substances.

Ainsi donc, le *déséquilibre vago-sympathique est constatable toutes les fois qu'il y a psoriasis ; il disparaît avec lui*. Cela nous permet de penser qu'il conditionne le psoriasis.

Reste à en découvrir l'origine. La chose est facile lorsque les tests ont révélé un trouble endocrinien. Toutes les glandes endocrines ont des rapports très étroits avec le système végétatif dont elles modifient le tonus. La chose ne se discute plus pour la thyroïde et les surrénales. Très récemment, CRAICIANU a cherché à mesurer numériquement le tonus du vague et celui du sympathique chez des femmes avant et après castration et a trouvé une diminution générale

du tonus après ablation des ovaires. Le thymus aurait une hormone vago-tonique. Ce serait la raison pour laquelle les jeunes enfants auraient des réactions vagotoniques très marquées. Le tonus de leur système végétatif serait tel que le psoriasis serait rare dans l'enfance. Il serait intéressant de connaître l'état du thymus chez les jeunes enfants psoriatiques.

La sécrétion interne du pancréas, l'insuline, aurait, à l'inverse de l'adrénaline, son antidote, un pouvoir vagotonique remarquable.

Des recherches sont encore à faire, nous l'avons dit, pour déterminer les cas dans lesquels l'insuline peut être utilement employée dans le traitement du psoriasis.

Nous pouvons remonter plus loin encore dans l'étiologie du psoriasis en cherchant dans les états constitutionnels les plus divers l'origine des troubles de la sécrétion interne.

Dans un paragraphe précédent, nous avons refusé à la tuberculose le rôle de premier plan que nombre d'auteurs ont bien voulu lui donner. Mais nous ne nions pas qu'elle puisse être une cause fréquente de l'altération glandulaire.

Le bacille ne se localiserait pas dans les glandes endocrines, car il semble bien que ces dernières ne soient pas altérées d'une façon macroscopique, et nous croyons bien plus volontiers à une altération fonctionnelle de la cellule sécrétante par la toxine tuberculeuse.

En ce qui concerne la syphilis, nous relevons dans

nos observations de psoriasis, 3 cas où le Wassermann est positif. Le traitement antisypilitique n'amenant pas la régression de la dermatose, nous pensons que chez nos malades, la syphilis était un épisode surajouté (dans les 3 cas, la syphilis était vraisemblablement acquise), et nous croyons que si la syphilis agit dans le psoriasis, c'est plutôt la syphilis héréditaire qu'il faut rendre responsable des lésions endocriniennes.

L'hérédité endocrinienne peut être une cause de psoriasis. Notre observation XIV concerne une jeune psoriasique hypothyroïdienne, dont la mère est porteuse d'un kyste de la thyroïde.

Enfin, toutes les infections aiguës ou chroniques (le rhumatisme en particulier), peuvent laisser des traces de leur passage sur les glandes à sécrétion interne, et se trouver par conséquent à l'origine de la dermatose.

Nous avons l'impression qu'il est bien peu de cas où les troubles sympathiques ne dépendent pas d'un vice de la sécrétion interne. Le succès de nos traitements opothérapiques en sont une preuve.

Dans les cas où les tests sont négatifs et où l'opothérapie a échoué, nous devons chercher au déséquilibre vago-sympathique une autre cause. Peut-être la trouverait-on dans les intoxications, les sensibilisations et les chocs hémoclasiques, susceptibles de produire une véritable névrite des systèmes de la vie végétative. Notre travail n'a pas été dirigé dans ce sens, et notre hypothèse n'est fondée que sur l'action, favorable dans certains cas généralement récents, des

solutions minérales, dites désensibilisantes non spécifiques, introduites dans l'organisme par la voie veineuse.



CHAPITRE DEUXIÈME

DU TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DU PSORIASIS

Notre chapitre de l'étiologie du psoriasis se résume de la façon suivante :

1^o *Un état constitutionnel prédispose.*

2^o *Une ou plusieurs glandes endocrines s'altèrent ;*

3^o *Le tonus du sympathique se modifie.*

Dès ce moment, le processus de kératinisation de la peau s'achève mal ; le sujet peut être dit en « puissance de psoriasis ».

4^o Surviennent une cause d'inflammation (mécanique, toxique, nerveuse, microbienne surtout), l'efflorescence apparaît : *le psoriasis est constitué.*

D'une façon purement théorique, nous considérons quatre étapes dans ce schéma. Les remèdes à opposer à chacune d'elles agissent différemment, mais peuvent aboutir à la guérison au défaut au blanchiment du Psoriasis. Reprenons ces étapes en sens inverse :

A) Agissons sur l'efflorescence elle-même. Supprimons la cause d'inflammation : C'est l'emploi des

vaccins ; c'est également l'emploi du traitement externe du psoriasis. Ce mode de traitement ne peut avoir la prétention de guérir le malade, mais seulement de le blanchir, étant donné qu'il n'agit que sur la cause occasionnelle du psoriasis. C'est pour cette raison que nous l'avons laissé de côté.

B) Agissons directement sur le sympathique au moyen d'une substance pharmaco-dynamique convenable. Nous rectifions son tonus, et nous aboutissons à la perfection du processus de kératinisation des téguments : les efflorescences disparaissent.

Mais cesse la médication, si le sympathique redressé n'a pas rectifié à son tour les sécrétions endocriniennes altérées, le tonus du système végétatif se modifie à nouveau et la dermatose reparaît.

Nous avons eu en traitement un psoriasique chez qui l'équilibre vago-sympathique était rompu au profit du sympathique. Pour augmenter le tonus de son système parasympathique et rétablir l'équilibre, nous avons prescrit des pilules de jaborandi (afin d'utiliser le pouvoir vagotonique de la pilocarpine) et obtenu en 15 jours, la régression complète des efflorescences. Après blanchiment des téguments, le traitement a été interrompu ; 8 jours plus tard les efflorescences faisaient leur réapparition.

Nous n'avons pas utilisé l'adrénaline chez les psoriasiques vagotoniques ; mais, dans deux cas, LEVY-FRAENKEL et JUSTER se sont loués de ce mode de traitement. L'irradiation des surrénales par les rayons X, à dose excitante, a, dans certains cas, donné aux mêmes auteurs des résultats favorables.

Ces succès peuvent être mis à l'appui de la théorie sympathique du psoriasis.

C) L'opothérapie dans le psoriasis semble devoir donner des résultats plus durables que les méthodes précédentes. La persistance de la guérison dépend du mode d'action de l'extrait glandulaire. Le résultat sera éphémère et la guérison seulement apparente lorsque l'extrait ne fera que se substituer à la glande dont la sécrétion est à jamais abolie. Dans ces cas, le malade devra prolonger indéfiniment son traitement. La guérison semble plus durable, sans qu'on puisse l'affirmer, si l'opothérapie parvient à redresser la sécrétion simplement altérée.

Tout est question de degrés dans les troubles de la sécrétion interne.

Nous estimons que la méthode des tests, applicable non seulement au psoriasis, mais à de nombreuses dermatoses, est utile, sinon indispensable pour le dépistage de ces troubles. Quand nous avons essayé de prescrire nos médicaments opothérapiques, au hasard, d'une façon empirique, jamais le sort ne nous a été favorable et toujours, après nos échecs, nous avons eu recours aux tests.

Par contre, le succès a été régulier chaque fois qu'après avoir diagnostiqué une affection glandulaire, nous y avons opposé le traitement approprié. WINSTEL, (Thèse de Nancy) émet déjà la même opinion. Comme nous l'avons déjà remarqué, les troubles du tonus vago-sympathique disparaissent avec les efflorescences.

Le traitement a toujours été conduit de la façon suivante :

Les tests, couramment pratiqués, nous permettent de classer les malades en deux catégories :

1^o Ceux chez lesquels les troubles vago-sympathiques sont en rapport avec une déficience glandulaire diagnostiquée ;

2^o Ceux chez qui nous n'avons pu mettre en évidence aucun trouble glandulaire, soit que ce trouble glandulaire n'existe pas (et alors le déséquilibre vago-sympathique paraît essentiel), soit que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de les déceler.

1^o Chez les premiers, il est complètement inutile de tenter la médication thymique, si vantée dans le psoriasis (Observ. n^{os} V, VII, VIII, IX, XIII). Nous l'avons vu échouer régulièrement, et nous pouvons même dire que toutes les fois que nous avons constaté l'échec de l'extrait thymique administré empiriquement, nous avons pu soupçonner, et par la suite découvrir, un trouble glandulaire.

Donc, chez cette première catégorie de malades, il faut remédier à la dyssecrétion endocrinienne par l'opothérapie spécifique.

C'est ainsi que les hyperthyroïdiens prendront de l'extrait hypophysaire total, à la dose de 0 gr. 20 *pro die*, ou bien la préparation liquide glycinée d'hémato-éthyroïdine de CARRION, à la dose de 2 à 4 cuillers à café par jour ; que les hypothyroïdiens seront justiciables de la médication thyroïdienne,

que les dysovariennes prendront de la poudre d'ovaire... etc.

Pour les malades de l'extérieur nous avons coutume de prescrire notre médication en cachets, mais lorsque le malade est hospitalisé, nous utilisons les extraits solubles que nous injectons journellement dans les muscles fessiers. Nous n'employons jamais les préparations pluriglandulaires. La durée du traitement varie de un à deux mois. Un résultat tardif mais favorable nous autorise à prolonger le traitement au-delà de ces limites.

L'irradiation des glandes à sécrétion interne par les rayons X à doses excitantes ou sidérantes suivant les cas, est un moyen élégant de solliciter ou de tarir la sécrétion déficiente ou exagérée. LÉVY-FRAENKEL et JUSTER ont appliqué cette méthode en grand et donné un compte-rendu de leurs recherches dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie* (8 novembre 1923). Nous avons employé cette thérapeutique spéciale une seule fois et sans succès (Observ. n° VIII).

2° Que faire pour la seconde catégorie de malades, ceux chez qui nous n'avons pu déceler aucun trouble de la sécrétion interne par nos méthodes habituelles ?

L'extrait thymique, ou l'irradiation du thymus est à tenter. C'est dans ces cas qu'elle a le plus de chances de réussir, même lorsque la poudre de thymus est prise par la voie buccale. Nos succès ont toujours été obtenus dans ces conditions, bien que de nombreux auteurs affirment l'inactivité de l'extrait thymique *per os*.

En cas d'échec, on aurait encore la ressource de faire des recherches sur le taux de la glycémie, de la lipémie, souvent élevé chez les psoriasiques et de faire une cure à l'insuline.

Finalement, les cas rebelles à l'opothérapie en général, ceux que nous rangeons dans la catégorie des névrites toxiques ou anaphylactiques, du système végétatif, seront justiciables de la médication hypotoxique et désensibilisante. Il faudrait alors proscrire le régime carné et, à défaut de désensibilisation spécifique, faire prendre au malade des cachets de peptone *une heure* avant les repas, et au besoin pratiquer des injections intraveineuses, tous les deux jours, de la solution à 20 % d'hyposulfite de soude, à des doses croissant de 5 à 20 cmc.

D) Pour permettre à l'organisme de lutter avec fruit, il faut essayer de réduire l'état constitutionnel. Cette thérapeutique reste celle que donnent tous les traités classiques.

Nous ne ferons que citer l'arsenic, qui augmente les échanges cellulaires et qui lutte efficacement contre la diathèse tuberculeuse ; l'arsenic encore, puis le bismuth, le mercure dirigés contre la syphilis ; le soufre, le salicylate de soude dirigés contre la diathèse rhumatismale, etc.

(Certains auteurs pensent que le salicylate de soude en injections intraveineuses agit par l'intermédiaire de l'acide salicylique, agent réducteur par excellence.)

Nous ne voulons pas insister sur le traitement classique du psoriasis, puisque nous n'y apportons

aucun élément nouveau, mais nous avons tenu à montrer d'une façon succincte la place qu'en dehors de l'opothérapie tiennent les anciennes médications.

Nous réservons en définitive la place de choix à la thérapeutique endocrinienne, persuadé qu'elle apporte au psoriasique la guérison la plus certaine de sa dermatose.

CHAPITRE TROISIÈME

LES TESTS ENDOCRINIENS

(Technique)

La technique des tests glandulaires a fait l'objet d'un important travail de MM. PARISOT et RICHARD, de Nancy. C'est dans leur ouvrage : « les glandes endocrines, leur valeur fonctionnelle », que la méthode des recherches, en usage à la clinique dermatologique de Nancy, a été puisée. Nous ne pouvons qu'y renvoyer.

Nous avons cru cependant utile de donner les tables pratiques que nous avons dressées, qui ont l'avantage, lorsqu'on connaît le mode opératoire, de pouvoir être consultées rapidement au cours des manœuvres. Leur plus gros inconvénient est d'être trop absolues.

Nous envisageons deux ordres de recherches :

- 1^o Les troubles du tonus vago-sympathique ;
- 2^o Les troubles endocriniens.

1° TROUBLES DU TONUS VAGO-SYMPATHIQUE

A. — LES RÉFLEXES

a) LE DERMOGRAPHISME *serait un signe d'hyper-sympathicotonie* ;

b) LA RAIE BLANCHE DE SERGENT : *signe d'insuffisance des glandes surrénales* ;

c) LE SIGNE DE MARANON *correspondrait à une excitation du sympathique (voir tests thyroïdiens)* ;

d) LE RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE (R. O. C.) *prédomine sur le nerf qui a le tonus le plus élevé* ;

Un ralentissement du pouls serait en faveur de la vagotonie. Une accélération (exceptionnelle), en faveur de la sympathicotonie ;

e) LE RÉFLEXE PILO-MOTEUR *ne se produirait que chez les individus à sympathique excitable.*

B. — LES ÉPREUVES PHARMACO-DYNAMIQUES

1° ÉPREUVE DE LA PILOCARPINE (*excitant du vague*)

Les *vagotoniques* seuls, en principe, réagiraient à la dose de 5 milligrammes de pilocarpine, en injection intramusculaire.

Chez les vagotoniques on obtient :

ralentissement du pouls,
sudation,
secrétions digestives (salivation),
exagération du R. O. C.

2° EPREUVE DE L'ATROPINE (*paralyse le vague*).

Les vagotoniques seuls, en principe, réagissent à la dose d'un milligramme d'atropine en injection intramusculaire.

Chez les vagotoniques on obtient :

Une première phase d'excitation du vague :

ralentissement du pouls,
myosis,
salivation,

—

—

Une seconde phase de paralysie :

tachycardie,
dilatation de la pupille,
sécheresse de la bouche,
neutralisation ou inversion
de l'R. O. C.,
relèvement des tensions Mx
et Mn.

3° EPREUVE DE L'ADRÉNALINE (EPPINGER ET HESS).

Les sympathicotoniques seuls réagissent à des doses convenables d'adrénaline.

Faire absorber au patient 100 gr. de sucre dissous dans 300 cmc. d'eau. Injecter dans les muscles de la fesse 1 milligramme d'adrénaline.

Epreuve positive.

Pouls	Tensions		R. O. C.	Urines recueillies toutes les 2 heures
	Mx	Mn		
Tachycardie			Neutralisé ou inversé	Glycosurie

a) Quand l'épreuve est positive, recommencer avec un demi milligramme d'adrénaline. Si les résultats persistent, on peut affirmer qu'il y a hyperadrénalinémie.

b) Au contraire, si l'épreuve est négative avec un milligramme d'adrénaline, faire prendre au patient 300 grammes de sucre et répéter l'épreuve. Si elle est encore négative, on admet une grosse insuffisance des surrénales.

4^e EPREUVE DU NITRITE D'AMYLE.

Les *vagotoniques* et les *sympathicotoniques* réagissent au nitrite d'amyle de la façon suivante :

Faire respirer au patient V gouttes de nitrite d'amyle : on obtient une paralysie centrale du vague (tachycardie), et une paralysie périphérique du sympathique (vaso-dilatation).

		Vagotonique	Normal	Sympathicotonique
POULS		Accélération 30 à 35 Retour rapide à la normale puis ralentissement	Accélération 35 à 40	Accélération rapide 50 à 60
TENSIONS	Mx	Chute faible sans réaction hypertensive	Chute modérée	Chute intense de 3 à 5 puis réaction hypertensive
	Mn	idem	Chute plus forte 2	Chute intense de 2 à 3 puis réaction hypertensive

2° LES TESTS ENDOCRINIENS

A. — LA THYROÏDE

1° R. O. C. :

Chez les Basedowiens.	Modérément exa- géré.
Chez les individus normaux et les dysthy- roïdiens frustes.	Normal.
Chez les Myxœdémateux.	Très exagéré mais retour bref.

2° EPREUVE A L'ADRÉNALINE DE GOETSCH.

Basée sur le fait que la sécrétion thyroïdienne favorise l'action de l'adrénaline. La réaction doit donc être positive chez les hyperthyroïdiens. Elle

se pratique comme celle d'EPPINGER et HESS (voir plus haut), mais on n'utilise qu'un demi milligramme d'adrénaline.

3° EPREUVE A LA QUININE DE BRAM.

Basée sur le fait que les hyperthyroïdiens supportent sans troubles des doses considérables de quinine.

4° SIGNE DE LA THYROIDE (PARISOT et RICHARD).

Technique : injecter dans les muscles fessiers : 2 ampoules d'extrait thyroïdien CARRION, ou 1 ampoule d'extrait perthyroïdien CARRION.

	Pouls	Tensions		R. O. C.	
		Mx	Mn		
Basodowiens	Gros 20 à 30		=	Le réflexe généralement positif reste souvent inchangé	Phénomènes vagues
Hyperthyroïdiens	Ralentissement moyen 10		=		
Sujets normaux		=		Modifications nulles	Phénomènes sympathiques
Hypothyroïdiens		=		Inversion du réflexe	
Myxœdéma teux	Rien ou légère accélération			Peu de modifications, mais l'ROC était déjà caractéristique : Ralentissement insoutenu.	

5° SIGNE DE L'HYPOPHYSE DE PORAK.

C'est toujours un test thyroïdien.

Faire ingérer : 100 grammes de pain, 75 centil. de lait, 80 grammes de sucre. Injecter dans les masses musculaires un demi lobe postérieur d'hypophyse (1 ampoule CARRION).

	Pouls	Mx	Métabolisme	
Normal	rien ou légère accélération		Glycosurie rare inférieure à 5 g.	Phénomènes sympathiques
sedowien	Ralentissement		Glycosurie tardive 15 à 20 g. au litre	

B. — LES GLANDES SURRÉNALES

Dermographisme ;

Raie blanche de SERGENT ;

Réflexe pilo-moteur ;

R. O. C. L'inversion est rare, même en excitant le sympathique par l'adrénaline, mais elle est possible en paralysant la voie du vague par l'atropine.

Epreuve au nitrite d'amyle ;

Epreuve à l'adrénaline (EPPINGER et HESS).

EPREUVE DE LÆVI.

3 à 5 gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000^e dans le cul de sac conjonctival. Faire 4 instillations semblables en 20 minutes. Un sujet normal ne réagit pas.

C. — LA GLANDE HYPOPHYSAIRE

Radiographie de la selle turcique.

TEST DU LOBE ANTÉRIEUR (*régulation thermique-croissance*).

Injecter dans les muscles une ampoule d'extrait de lobe antérieur.

Individu normal : pas de réaction.

Insuffisance hypophysaire : la température s'élève de 1 à 3°.

TEST DU LOBE POSTÉRIEUR (*métabolisme*) :

Faire absorber 300 grammes de sucre dissous dans 500 grammes d'eau. Faire une injection intramusculaire de retro pituine.

Glycosurie, coliques, pâleur de la face chez un individu normal.

Chez un insuffisant [hypophysaire, il n'y a pas de glycosurie.

D. — LES GLANDES GÉNITALES

OVAIRE. — Faire une injection intramusculaire de 1 gramme d'extrait frais (2 ampoules CARRION).

Le pouls se ralentit pendant plusieurs heures, la tension artérielle baisse : chez une femme normale.

Il n'y a aucune modification chez une femme à ovaires insuffisants.

TESTICULE. — Faire une injection de 1 gramme d'extrait orchitique frais (2 ampoules CARRION).

Chez un homme normal, il ne se produit rien.

Chez un homme dont les testicules sont insuffisants, le pouls se ralentit.

E. — L'ÉPIPHYSE

Il n'y a pas de test. Mais, chez un individu qui présente des troubles de ses caractères sexuels, on pense à l'épiphyse lorsqu'on a éliminé les troubles de sécrétion du cortex surrénal (cholesterinémie) ; de l'hypophyse et des glandes sexuelles par leurs tests.

F. — LE THYMUS

Il n'y a pas de tests. On se sert de moyens cliniques rudimentaires, tels que la recherche de la matité sternale déplaçable à gauche et la radiographie.

NOTA. — *Les tests endocriniens sont effectués sur le malade couché et au repos depuis 10 minutes au moins, loin des périodes menstruelles chez la femme. — Les repères (pouls et tension artérielle) sont recherchés toutes les 10 minutes. Les expériences durent une heure environ.*

(Nos tableaux ont été dressés d'après l'ouvrage de MM. PARISOT et RICHARD : Les glandes endocrines, leur valeur fonctionnelle.)

CHAPITRE QUATRIÈME

CONCLUSIONS

Le psoriasis est une dermatose qui apparait chez des individus porteurs d'un état constitutionnel qui les y prédispose de longue date.

Les causes favorisantes sont ainsi constituées par l'hérédité psoriasique quelquefois, mais bien plus souvent par les séquelles des maladies infectieuses aiguës ou chroniques, parmi lesquelles on note la tuberculose et la syphilis.

Au cours de cet état constitutionnel, il arrive fréquemment qu'une ou plusieurs glandes endocrines s'altèrent; mais on ne peut rendre aucune d'elles particulièrement et directement responsable du psoriasis ; ce n'est pas toujours la même glande qui est altérée.

Quel que soit le trouble endocrinien, on voit apparaître d'une façon constante, une perturbation dans le tonus des nerfs de la vie végétative, en sorte que la conduction nerveuse dans le nerf sympathique se trouve modifiée. Le sympathique perd alors le contrôle normal des échanges nutritifs ; il en résulte une viciation du métabolisme des cellules épidermiques ; la kératinisation des couches cornées s'achève mal. La cohésion des cellules constituan-

est insuffisante. Sous l'influence de la moindre irritation, elles desquamment, autrement dit l'efflorescence psoriasique se constitue.

L'irritation sera produite par les traumatismes (d'où les sièges d'élection aux régions fréquemment traumatisées), et les agents infectieux en général. Plus exceptionnellement, elle sera d'ordre nerveux. (Ainsi un individu « en puissance de psoriasis » ne pourrait être atteint de zona pur et réagirait selon un mode spécial : le psoriasis zostérimforme).

Si l'on parvient à guérir le psoriasis par une médication interne, les troubles nerveux disparaissent et il est vraisemblable que la kératinisation mieux dirigée s'exécute désormais d'une façon régulière.

Le traitement du psoriasis peut s'attaquer :

1^o Soit à la cause *occasionnelle* du psoriasis : l'agent d'irritation. C'est l'emploi du traitement externe que nous avons laissé de côté, car il ne peut ni guérir la cause profonde du psoriasis, ni prévenir les récédives.

2^o Soit à la cause *réelle*.

Le but est alors de rectifier le tonus du sympathique pour lui rendre le contrôle normal du processus de kératinisation.

On peut :

a) Soit modifier le tonus du sympathique en utilisant les substances pharmacodynamiques : adrénaline, pilocarpine, éserine, atropine etc...

b) Soit redresser une sécrétion interne altérée. Si on a diagnostiqué un trouble glandulaire grâce

à la méthode des tests ou par la seule clinique, on le traite purement et simplement par l'opothérapie spécifique et le psoriasis guérit.

Si on n'a pas diagnostiqué de trouble glandulaire, on peut encore tenter l'opothérapie thymique ou insulinique. (La première donne des résultats positifs fréquents).

c) Soit agir sur l'état constitutionnel. Ce sont les méthodes anciennes qui ont pour but de réduire la prédisposition et d'améliorer l'état général du sujet.

CHAPITRE CINQUIÈME

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

B..., Alice, 27 ans, sans profession. Le psoriasis serait en rapport avec une chute d'un premier étage, que la malade aurait faite à l'âge de 6 ans. La dermatose a évolué par poussées successives, avec des alternatives de guérison et de rechutes. Les règles se sont installées à l'âge de 14 ans. Elles sont très abondantes, douloureuses et de longue durée, revenant à des intervalles irréguliers. Il n'y a pas eu de grossesse. La malade est très émotive.

Quelques mois avant notre examen, elle a subi un traitement thyroïdien qui aggrave l'affection.

M^{me} B... nous consulte le 23 février 1925. Nous constatons un psoriasis généralisé, à petites taches, intéressant toutes les parties du corps, y compris le visage et le cuir chevelu.

Examen somatique : rien à signaler. R. O. C. nul. Réflexes rotuliens vifs.

Epreuve de la thyroïde de PARISOT et RICHARD normale.

Epreuve de la rétropituine : (test hypophysaire), normale.

Nous prescrivons de la poudre d'hypophyse, pensant combattre les résultats fâcheux du traitement thyroïdien institué empiriquement. Nous ne constatons aucune amélioration. Nous examinons alors son équilibre vago-sympathique à l'aide de l'épreuve du nitrite d'amyle.

Epreuve du nitrite d'amyle :

L'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle provoque

une accélération intense et rapide du pouls (50 pulsations)
une chute modérée des deux tensions minima et maxima,
décelant une hypertonie du système grand sympathique.

Nous prescrivons alors de l'extrait thymique CARRION, en
cachets de 0 gr., 20, à prendre à raison de 2 cachets par jour,
1 avant chaque repas.

En un mois, la guérison survient complète. La malade a été
présentée à la réunion de dermatologie de Nancy pendant
le Congrès de médecine de 1925.

Après guérison, nous recommençons l'épreuve du nitrite
d'amyle, qui nous révèle cette fois un équilibre vago-sympa-
thique normal.

1^{er} novembre 1925 : La guérison se maintient.

Résumé :

Rapport de la dermatose avec un accident.

Echec des traitements empiriques thyroïdien et hypo-
physaire. Les tests glandulaires sont d'ailleurs normaux.

Hyperthonie sympathique et guérison par l'extrait thy-
mique.

Après guérison, l'équilibre vago-sympathique redevient
normal.

OBSERVATION II

M..., Alice, 21 ans, bonne à tout faire. Psoriasis généralisé.

Le psoriasis a débuté à l'âge de 15 ans. La malade aurait
eu une croissance difficile. Les règles se sont installées tardi-
vement à l'âge de 17 ans. Elles sont irrégulières, peu abon-
dantes, d'une durée de trois jours, généralement précédées
de douleurs. Il n'y a pas eu de grossesse.

En janvier 1925, le psoriasis s'aggrave subitement, sans
causes apparentes, se généralise, atteint le cuir chevelu, mais
respecte le visage.

La malade consulte le 27 février 1925. L'état général est

bon. Il n'y a pas de prurit. On note à l'auscultation du poumon un léger souffle interscapulaire.

Les tests glandulaires montrent un fonctionnement thyroïdien normal. L'épreuve hypophysaire est douteuse.

Nous prescrivons, à titre d'essai, de la poudre d'hypophyse en cachet (0 gr., 10 par jour). L'échec est complet un mois plus tard.

Nous examinons alors l'équilibre vago-sympathique.

Nous notons un dermographisme intense. Le réflexe pilomoteur est nul. Le réflexe oculo-cardiaque est fortement positif (10 pulsations).

Epreuve de l'atropine : Le malade est sensible à l'atropine, Le pouls part de 86 pulsations, descend à 78 à la 20^e minute, pour atteindre 104 à la 50^e minute. La pupille ne subit aucune modification, mais la patiente, après avoir salivé abondamment, ressent à la fin de l'expérience une sécheresse désagréable à la bouche. Le R. O. C. n'est pas neutralisé. La tension artérielle n'est pas sensiblement modifiée.

Conclusions : La malade pourrait être considérée comme *vagotonique*.

Mais nous faisons la contre expérience, c'est-à-dire l'épreuve de GOETSCH à l'adrénaline. Cette épreuve est positive comme la précédente.

Nous concluons que la malade a un équilibre vago-sympathique instable, avec sensibilité particulière de ses deux systèmes sympathique et parasympathique, sans aucune prédominance de l'un ou l'autre système.

Nous donnons à la malade une boîte de 24 cachets de thymus. Après usage, nous constatons déjà une amélioration marquée. Le traitement est poursuivi.

Alice M... est revue le 16 juin 1925. Toute trace de psoriasis a disparu, et les règles sont devenues plus régulières.

La jeune femme a été présentée à la réunion de dermatologie de Nancy, le 18 juillet 1925.

Résumé :

Fonctionnement thyroïdien normal.

Fonctionnement hypophysaire normal.

L'opothérapie hypophysaire aboutit à un échec.

Equilibre vago-sympathique instable.

Succès de l'opothérapie thymique avec amélioration de la sécrétion interne de l'ovaire.

OBSERVATION III

B..., Gaston, 28 ans.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires connus. Il est père de 4 enfants vivants. Sa femme est grosse actuellement. Pendant la guerre, il a contracté le paludisme en Orient.

Le psoriasis débute, il y a 2 ans, à l'occasion d'une contusion de l'avant-bras gauche. Après guérison de la plaie, aussitôt après la chute de la croûte, apparaît *in situ* la première efflorescence. Cette tache disparaît au bout de 2 mois spontanément, puis reparaît 8 mois plus tard. Finalement, le psoriasis se généralise. De gros placards occupent les sièges d'élection (coudes, genoux, régions coccygiennes). De petites taches envahissent les membres, tandis que le corps et la tête sont à peu près respectés.

L'état général est excellent.

Le réflexe oculo-cardiaque est nul.

L'épreuve thyroïdienne de PARISOT et RICHARD normale.

L'épreuve hypophysaire normale également.

Réflexe pilo-moteur positif.

Tests à l'adrénaline (négatif avec 1/2 milligramme), (positif avec 1 milligramme).

Conclusions : ce malade présente de l'hypertonie de son système sympathique.

Nous prescrivons de l'extrait thymique en poudre (Un cachet de 0 gr. 20 avant chaque repas.) 20 mars 1915.

Le 22 avril, nous revoyons le malade, qui est très amélioré. Le traitement est poursuivi, mais nous perdons B... de vue. Ce cas nous apparaît cependant comme positif.

Résumé :

Début à l'occasion d'une blessure.

Localisation de la dermatose presque exclusivement aux points fréquemment traumatisés.

Fonctionnement endocrinien normal.

Déséquilibre vago-sympathique (hypertonie sympathique).

Succès de la médication thymique.

OBSERVATION IV

S..., Marie, 56 ans. *Psoriasis arthropathique.*

Il s'agit d'une malade rhumatisante avec petites poussées fébriles, réglée à 14 ans, mariée depuis 33 ans, mère de 3 enfants en bonne santé. Il n'y a pas eu de fausse couche.

Le psoriasis a débuté, sans cause apparente, il y a 26 ans (donc à l'âge de 30 ans). Il a évolué par poussées successives, puis en février 1925, une généralisation se produit, que la malade attribue à l'absorption d'un dépuratif.

Etat actuel : les placards érythémo-squameux sont très étendus et très saillants. Le plus grand et le plus ancien occupe symétriquement les régions latérales du tronc, s'interrompant juste au niveau du sillon sous-mammaire. On note un placard sacré, un placard sternal, et de nombreuses petites efflorescences disséminées sur toute la surface du corps.

La malade présente de nombreuses arthropathies anciennes. Leur caractère principal est d'être surtout osseuses. Le genou

gauche est particulièrement atteint. Il est tuméfié, douloureux.

La flexion est difficile.

Ankyloses digitales nombreuses, mais très marquées à l'auriculaire et à l'index gauches, ainsi qu'au médus droit.

14 mars 1925 : Epreuve thyroïdienne de PARISOT et RICHARD normale.

Réflexe oculo-cardiaque positif : 8 pulsations.

Epreuve hypophysaire normale, 19 mars 1925.

20 mars 1925 : Epreuve du nitrite d'amyle.

Chute faible des tensions artérielles. Faible accélération du pouls : 28 pulsations, et ralentissement consécutif.

Donc : sujet *vagotonique*.

Recherche du taux de la glycémie (D^r COLSON) : 0 gr., 94 au litre (donc faible).

Nous prescrivons de l'extrait thymique.

Le 10 mai 1925, la malade nous écrit pour nous annoncer la disparition, miraculeuse à son sens, de son psoriasis.

Résumé :

Psoriasis arthropathique ancien et rebelle.

Sujet vagotonique, guéri par l'opothérapie thymique.

OBSERVATION V

M..., Francis, 27 ans. *Psoriasis généralisé.*

La première efflorescence est apparue il y a 10 ans. Primitivement localisé au cuir chevelu, le psoriasis n'a pas tardé à se généraliser ; puis la dermatose a évolué par poussées successives, et a pris depuis un mois et demi une intensité croissante.

Nous notons ici l'hérédité psoriasique ; le père du malade avait été atteint de psoriasis.

Etat actuel : Il s'agit d'un psoriasis à petites taches généra-

lisé. Le visage lui-même n'est pas respecté. Le malade a un caractère vif et irritable.

Sans aucun examen de laboratoire, nous prescrivons de l'extrait thymique (ingestion de poudre de thymus d'abord, injection de la solution dans les masses musculaires de la cuisse ensuite.) Le résultat est complètement négatif. Un mois après le début du traitement thymique, nous entreprenons les tests glandulaires.

Epreuve de PARISOT et RICHARD, 3 juin 1925. Ralentissement du pouls (12 pulsations). Le sujet est hyperthyroïdien. Nous prescrivons la préparation glycinée liquide de CARRION d'hémato-éthyroïdine, à prendre à raison de 2 cuillers à café avant chaque repas.

Nous revoyons le malade le 1^{er} août 1925, après 2 mois de traitement. Le succès est presque complet, puisqu'il ne reste plus que quelques taches discrètes sur les cuisses. Le malade est dès lors perdu de vue.

Résumé :

Hérédité du psoriasis.

Echec du traitement thymique empirique.

Sujet hyperthyroïdien.

Succès de l'hémato-éthyroïdine.

OBSERVATION VI

M^{me} D..., 40 ans, 9 juin 1925.

Le psoriasis a débuté vers l'âge de 12 ans, un peu après le début des premières règles. Une grossesse survient à 22 ans. A ce moment, le psoriasis s'interrompt. L'enfant est mort-né, peut-être du fait du traumatisme apporté par le forceps.

Depuis cette grossesse, le psoriasis n'avait pas reparu pendant plusieurs années. Puis, des poussées discrètes se sont succédées. La poussée actuelle, beaucoup plus intense que les

précédentes, date d'un an environ. Elle est caractérisée par des efflorescences banales siégeant aux points d'élection, mais, dans le dos, on découvre un gros placard, fortement infiltré, entouré d'une marge circinée en relief avec un centre d'aspect normal. On a l'impression d'avoir affaire à une lésion syphilitique tertiaire. Le Wassermann est pratiqué le 17 juin. Il est positif H¹. Le traitement syphilitique (914) fait vite disparaître la lésion tertiaire, mais n'a aucune action sur le psoriasis proprement dit. Les tests glandulaires sont pratiqués.

L'épreuve de PARISOT et RICHARD est positive (ralentissement du pouls de 12 pulsations.)

L'épreuve de GOETSCH, également positive, nous confirme dans l'hypothèse que M^{me} D... est hyperthyroïdienne. Nous prescrivons de l'extrait hypophysaire injectable et nous pratiquons nous-même les injections tous les 2 jours. Au bout de 2 mois de traitement, toute trace de psoriasis disparaît. La malade en cours de traitement, a été présentée au Congrès de médecine de 1925.

Résumé :

Malade syphilitique présentant une lésion syphilitique tertiaire et du psoriasis.

Action curatrice du norvarsénobenzol sur la syphilide et non sur le psoriasis..

Influence favorable de la grossesse.

Malade hyperthyroïdienne : action curatrice de l'extrait hypophysaire.

OBSERVATION VII

M^{me} N..., Germaine, 28 ans.

Il s'agit d'une femme, sans antécédents morbides particuliers, mariée, mère de 3 enfants, qui, après ses dernières couches, il y a 6 mois, a fait sa première poussée de psoriasis.

Avant sa troisième gestation, cette femme avait toujours été très régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans, mais, au retour des couches, les règles sont devenues capricieuses. Les retards sont parfois considérables, et le flux menstruel est peu abondant. Le caractère s'est modifié ; il est devenu vif. La femme est sujette aux emportements. Les réflexes rotuliens sont exagérés. On n'arrive pas à provoquer le réflexe pilo-moteur.

Depuis 6 mois, le psoriasis n'a pas regressé. Il a envahi le cuir chevelu, la figure et le front sont particulièrement intéressés. De gros placards sur le corps ont été détruits par l'acide chrysophannique, mais de nouvelles efflorescences en gouttes sont venues les remplacer.

La malade est soumise aux tests endocriniens. Le 12 juin 1925, épreuve de PARISOT et RICHARD absolument négative (pas de ralentissement du pouls). Le 15 juin 1925, épreuve de GOETSCH positive avec 1/2 milligramme d'adrénaline (glycosurie). La malade est sympathicotonique.

Le 20 juin 1925 : Epreuve de l'ovaire. Le pouls reste égal à lui-même. Conclusions : insuffisance ovarienne.

Traitement : L'extrait thymique échoue. Le 28 juillet 1925, en pleine période menstruelle, nous faisons 6 injections d'agomensine. Le psoriasis n'est pas modifié.

Au début du mois d'août, nous associons l'agomensine à l'extrait thymique (*per os*). Au bout de 15 jours, on note déjà une régression des efflorescences. Quelques semaines plus tard, la guérison s'achève. Les règles deviennent plus abondantes.

15 septembre : on répète l'épreuve à l'adrénaline de GOETSCH qui cette fois est négative.

Résumé :

Début du psoriasis à l'occasion d'un retour de couches.

Femme sympathicotonique et hypoovarienne.

Echecs du thymus et de l'agomensine employés isolément.
Succès de l'extrait thymique et de l'agomensine associés.

Après guérison, l'équilibre vago-sympathique est rétabli,
et la sécrétion ovarienne améliorée.

OBSERVATION VIII

BR..., Paul, 19 ans, soudeur. *Psoriasis gyrata*.

Début du psoriasis en 1921, sans cause apparente ; Cette première poussée ne dure que six mois. En 1924, nouvelle poussée très progressive, débutant aux plis de l'aîne, puis soudain (nov. 1924), explosion brusque de la dermatose, qui se généralise. Le malade entre à l'hôpital.

Les efflorescences, très étendues, ont un aspect de carte géographique. La partie centrale est pigmentée en brun. La marge est le siège d'un bourrelet erythémato-squammeux très saillant. L'examen somatique ne révèle rien de particulier. La réaction de Wassermann est négative. Le psychisme est normal. Cliniquement, le malade présente quelques signes d'hyperthyroïdie : corps thyroïde légèrement augmenté de volume, éclat anormal des yeux, léger tremblement des doigts. Le réflexe oculo-cardiaque est faiblement positif : ralentissement de 8 pulsations.

Manœuvre expérimentale :

1^o Le 3 novembre 1924 : épreuve de Goetsch (test à l'adrénaline).

Avant l'injection :	pouls	84	Max.	145,	Min.	65
10' plus tard	—	88	—	145	—	65
20'	—	88	—	155	—	60
30'	—	82	—	155	—	60
40'	—	88	—	155	—	60
50'	—	86	—	150	—	60
60'	—	86	—	150	—	60.

Glycosurie alimentaire provoquée.

Cette épreuve est positive et se confirme par le test de la thyroïde.

2^e 5 novembre 1924. *Epreuve de la thyroïde.*

Au moment de l'injection :	pouls	72,	Max.	135,	Min.	80
10' plus tard	—	70	—	135	—	75
20'	—	66	—	135	—	70
30'	—	62	—	130	—	65
40'	—	68	—	125	—	65
50'	—	70	—	130	—	70
60'	—	70	—	135	—	75

Donc : ralentissement du pouls de 10 pulsations. Chute des deux tensions.

Le sujet, considéré comme hyperthyroïdien, prend journellement 2 cachets de poudre d'hypophyse dosés à 0 g., 10.

Un mois plus tard, le 20 septembre 1924, le malade est présenté à la réunion de la Société de Dermatologie de Nancy : En cours de traitement, un second bourrelet s'était dessiné au centre des efflorescences. Ce bourrelet se développant excentriquement était venu se confondre avec le bourrelet marginal. Après cette fusion, une amélioration s'était produite. Le bourrelet s'effaçait par places, mais la pigmentation centrale ne subissait aucune modification.

Le traitement est poursuivi sans autre amélioration. Le 10 janvier : radiothérapie du thymus à la dose excitante de 5 H. Aggravation du psoriasis, qui est alors seulement traité par les méthodes externes. Depuis ce temps, le malade a été perdu de vue.

Résumé :

Sujet hyperthyroïdien, traité par l'extrait hypophysaire, et amélioré momentanément.

Aggravation par la radiothérapie du thymus.

Malgré l'amélioration momentanée, nous considérons ce cas comme négatif.

OBSERVATION IX

W..., 21 ans, ouvrier étranger, dont l'interrogatoire est difficile. Le psoriasis existe depuis 3 ans, et siège aux lieux d'élection (coudes, genoux, région sacrée), ainsi que sur les crêtes tibiales. On ne relève rien dans les antécédents du malade. Celui-ci ne peut se soumettre aux tests. Nous prescrivons de l'extrait thymique, 28 juillet 1925. L'échec est complet.

Un mois après notre premier examen, nous prescrivons de l'extrait thyroïdien (par jour 2 cachets de 0 gr., 05). L'amélioration est rapide, mais le malade, cessant son traitement, voit reparaître sa dermatose.

Peut-être s'agit-il d'un individu hypo-thyroïdien.

OBSERVATION X

(in thèse WINSTEL, de Nancy).

Résumé — Psoriasis localisé chez une femme de 36 ans et évoluant depuis l'âge de 12 ans. Etat dépressif rappelant de très près la symptomatologie de la démence précoce. Quelques signes cliniques d'hyperthyroïdisme. Tests de la thyroïde positifs. Métabolisme basal très augmenté. Traitée par extrait hypophysaire. Amélioration considérable de l'état général et guérison du Psoriasis.

Histoire — M^{me} P... vient nous consulter le 25 octobre 1923 pour un Psoriasis qu'elle présente depuis l'âge de 12 ans.

Réglée à 17 ans. Règles régulières et normales. D'après la malade, le psoriasis tendrait un peu à disparaître chaque mois, au moment où elle est réglée.

Son psoriasis mis à part, la malade fut toujours très bien portante, jusqu'à son mariage, il y a deux ans.

Quinze jours après, en effet, elle change de caractère, perd la mémoire et reste indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Au bout d'un an, a une grossesse normale : pendant sa gestation, son état s'améliore considérablement. L'enfant est très bien portant, mais elle ne peut le nourrir. Aussitôt accouchée, les troubles mentaux réapparaissent progressivement.

Examen. — L'examen actuel montre quelques placards typiques de psoriasis, de la grosseur variant d'une pièce de 1 franc à une paume de mains, localisés particulièrement aux bras et aux jambes. Quelques petites taches psoriasiques également au niveau des oreilles et sur le cuir chevelu.

L'examen de ses troubles psychiques montre un état dépressif avec troubles très accentués de l'attention spontanée et volontaire, avec sentiment pénible de changement intérieur : cauchemars nocturnes, céphalée, insomnie.

Il n'existe pas d'affaiblissement de la mémoire. Les acquisitions scolaires sont conservées.

Pas de négativisme, de maniérisme.

Réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Enfin, elle présente cliniquement quelques signes d'hyperthyroïdisme, à savoir : un corps thyroïde légèrement augmenté de volume, léger tremblement des doigts, un peu d'éclat des yeux. « Signe de Maranon positif ».

Manœuvre expérimentale. — Le 30 octobre, nous recherchons le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 80 Mn. 80 Mx. 125, R. O. C. 6.

Après l'injection :

Au bout de 10 minutes, pouls 80 Mn. 80 Mx. 120

— 20 — 80 — 80 — 120

— 30 — 72 — 80 — 120

— 40 — 72 — 75 — 120

— 50 — 80 — 75 — 120

— 60 — 80 — 80 — 120

Au moment où nous commençons cette épreuve, la malade nous fait savoir qu'elle est réglée depuis le matin même.

Tout en notant soigneusement cet avertissement, il nous a paru intéressant de rechercher justement pendant cette période menstruelle le « signe de la thyroïde », et de voir comment notre malade allait réagir à l'injection d'extrait thyroïdien.

Comme nous pouvons le voir, notre injection ne détermine que des modifications sans aucune valeur du pouls et des tensions.

Quelques jours après la cessation des règles, nous répétons l'épreuve précédente, et voici les résultats que nous obtenons :

Avant l'injection : pouls 108 Mn. 905 Mx. 135, R. O. C. 0.

Après l'injection :

Au bout de 10 minutes, pouls 92 Mn. 80 Mx. 120

— 20 — 92 — 80 — 120

— 30 — 89 — 80 — 120

— 40 — 85 — 75 — 120

— 50 — 90 — 75 — 120

— 60 — 90 — 80 — 120

La réaction ici obtenue est toute différente de la précédente.

L'injection d'extrait thyroïdien à une époque éloignée de la menstruation, nous confirme les quelques signes cliniques d'hyperthyroïdisme : un ralentissement du pouls de 23 pulsations et une baisse notable des deux tensions.

Donc : « signe de la thyroïde » positif.

« Signe de l'hypophyse » de PORAK.

Avant l'injection : pouls 98, Mn. 75, Mx. 130.

Après l'injection :

Au bout de 10 minutes, pouls	94	Mn. 80	Mx. 130
— 20	—	90	— 80 — 130
— 30	—	80	— 75 — 125
— 40	—	84	— 75 — 125
— 50	—	92	— 75 — 125
— 60	—	92	— 75 — 125

L'injection d'une ampoule d'extrait hypophysaire (correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse), détermine des réactions en faveur d'un état hyperthyroïdien.

Nous n'avons pas pu étudier ici le métabolisme des hydrates de carbone, la malade s'étant refusée à absorber le repas d'épreuve.

Métabolisme basal. — Cette épreuve, recherchée au laboratoire de physiologie par le docteur Hermann, nous a donné une augmentation de 31,65 calories %.

Conclusion. — Hyperthyroïdie.

Traitement. — Nous lui donnons 0,20 d'extrait d'hypophysaire à prendre journellement.

Résultat. — Nous avons revu notre malade trois mois après. Non seulement son état psychique s'était considérablement amélioré, mais encore, ce qui nous intéressait tout particulièrement, le psoriasis avait complètement disparu.

Réflexions. — Un double intérêt ressort de cette observation :

En premier lieu, la disparition du psoriasis par un traitement opothérapique, avec preuve expérimentale du trouble endocrinien :

En second lieu, ce fait important à noter : la malade, alors qu'elle est réglée, ne réagit pas à l'injection d'extrait thyroïdien, alors que pendant la période intermenstruelle, la réaction plaide d'une façon très nette en faveur de l'hyperthyroïdisme.

OBSERVATION XII

(in thèse WINSTEL)

Résumé. — C'est celui d'une jeune fille de 17 ans, dactylographe de son métier, qui présente un psoriasis localisé au niveau des coudes. Aucune amélioration par les traitements locaux usuels. Légers signes cliniques d'hyperthyroïdisme « Signe de la thyroïde » et « épreuve de GOETSCH » faiblement positifs. Traitée par extrait hypophysaire. Amélioration progressive et guérison.

Histoire. — M^{lle} Renée D... vient nous consulter le 13 mai 1923 pour un psoriasis.

L'interrogatoire de ses antécédents héréditaires et personnels ne fournit aucun renseignement à retenir.

Depuis un an, elle présente au niveau du coude droit, une plaque d'un rouge vif, recouverte de squames blanchâtres, de la grosseur d'une pièce de cinq francs environ ; au niveau du coude gauche et sur le deltoïde, deux petites taches, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, présentant un aspect semblable. Ces lésions squameuses ne furent jamais prurigineuses, et leur grattage nous fournit les signes caractéristiques du psoriasis, à savoir : le signe de la tache de bougie et celui de la rosée sanglante.

Cliniquement, un corps thyroïde augmenté de volume ; un peu d'éclat des yeux, pas de tremblement.

Manœuvre expérimentale. — Le 15 mai, nous recherchons le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection :

Pouls 84, Mn. 85, Mx. 125, R. O. C. 4.

Après l'injection :

Au bout de 10 minutes,	pouls	80	Mn.	80	Mx.	125
— 20	—	76	—	80	—	120
— 30	—	75	—	80	—	120
— 40	—	76	—	80	—	120
— 50	—	72	—	80	—	120
— 60	—	78	—	80	—	125

L'injection de deux ampoules d'extrait thyroïdien CARRION nous donne :

Un ralentissement du pouls de 12 pulsations et qui n'apparaît qu'à la 50^e minute ;

Une très légère baisse des deux tensions.

Un second test, pratiqué quelques jours après, nous fournit les mêmes réactions.

Donc « signe de la thyroïde » faiblement positif.

Le 25 mai, « épreuve à l'adrénaline de GOETSCH » ;

Avant l'injection : pouls 96, Mn. 75, Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de 10 minutes :	pouls	96	Mn.	75,	Mx.	125
— 20	—	94	—	65	—	125
— 30	—	94	—	60	—	125
— 40	—	94	—	60	—	125
— 50	—	96	—	65	—	125
— 60	—	96	—	65	—	125

Réaction au 1/2 milligramme d'adrénaline faiblement positive, puisqu'il se produit seulement une légère baisse de la minima.

Conclusions. — Hyperthyroïdie.

Traitement. — Nous lui prescrivons de l'extrait hypophysaire à prendre en cachets (0,20 par jour).

Résultat. — Deux mois après, la malade revient nous voir. Une sensible amélioration s'est produite.

Les taches psoriasiques du coude gauche et du deltoïde

ont totalement disparu. Le placard du coude droit s'est lui-même modifié ; il n'apparaît plus que sous l'aspect d'une petite tache, erythémateuse, qui n'est plus recouverte de squammes.

Au fur et à mesure que le traitement se prolonge, cette tache du psoriasis disparaît de plus en plus et la malade quelque temps après, en est tout-à-fait débarrassée.

OBSERVATION XII

(in thèse WINSTEL, de Nancy)

Examen. — Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, facteur de son métier, qui présente un psoriasis depuis l'âge de 6 ans.

Son père serait mort d'une affection cardiaque, sa mère d'une affection pulmonaire.

Notre malade contracte la syphilis à l'âge de 35 ans et la communique à sa femme. Depuis ce moment, tous deux viennent se faire traiter régulièrement au service.

Depuis l'âge de 6 ans donc, il présente un psoriasis généralisé, ou plutôt apparaissant sous l'aspect de placards typiques, à contours réguliers et disséminés un peu partout.

Depuis son enfance, l'affection a eu des hauts et des bas ; le psoriasis s'atténuait par moments, sans qu'une cause quelconque puisse l'expliquer, puis ne tardait pas à réapparaître. Jamais, cependant, et c'est là le point essentiel, il n'avait complètement disparu.

Inutile de dire que tous les traitements locaux et généraux, essayés jusqu'à ce jour, ainsi que le traitement arsenical n'avaient donné d'amélioration.

Cliniquement, le malade ne présente pas de trouble endocrinien, et notre manœuvre expérimentale (« signe

de la thyroïde », « épreuve à l'adrénaline », recherche de l'état fonctionnel de l'hypophyse par l'étude du métabolisme des hydrates de carbone) ne réussit à en révéler aucun.

Traitement. — C'est alors que ne sachant que faire, et voulant cependant essayer un traitement opothérapique, nous lui donnons à prendre, par voie buccale, de l'extrait thy-mique.

Résultat. — A la suite de l'ingestion de six boîtes de vingt-quatre cachets, le psoriasis avait complètement disparu ; les éléments s'étaient totalement effacés, sans laisser de trace aucune.

OBSERVATION XIII

M. L..., Henri, 24 ans, célibataire, chauffeur à la Compagnie de l'Est. *Psoriasis généralisé.*

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, il signale une scarlatine à l'âge de 9 ans.

La première poussée de psoriasis date de son retour du régiment, à 22 ans. En rentrant dans sa famille, L... trouva le cadavre de son frère qui venait d'être écrasé par une automobile. 5 à 6 jours plus tard, la dermatose apparaissait. Depuis 2 ans, les lésions sont restées stationnaires, non améliorées par les agents réducteurs.

En 1923, on avait pratiqué un Wassermann qui fut trouvé positif. De 1923 à 1925, le malade subit un traitement arsenical antisyphilitique très sérieux.

Le psoriasis ne fut pas influencé.

Le malade consulte à nouveau le 10 octobre 1925.

Un nouveau Wassermann, pratiqué, est négatif.

On note des lésions psoriasiques larges à la face antérieure

des jambes, des efflorescences en gouttes sur le thorax, deux taches sur le bras gauche, une sur le bras droit.

Il y a peu de prurit. L'état général est excellent, l'appétit conservé. Il y a des céphalées fréquentes et quelques douleurs rhumatoïdes du bras droit.

Le réflexe rotulien est normal.

Le réflexe oculo-cardiaque normal = 4.

Nous injectons quotidiennement l'un des trois extraits : rate-thymus-ganglions lymphatiques dans les muscles fessiers durant 20 jours.

Le 3 novembre, il n'y a aucune amélioration.

Résumé. — Début à l'occasion du choc nerveux.

Terrain syphilitique.

Echec du novarsénobenzol.

Echec de la médication associée : thymus-rate-ganglions lymphatiques.

OBSERVATION XIV

M^{lle} L..., 14 ans, *Psoriasis localisé*.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, réglée depuis un an seulement, et qui a fait il y a dix-huit mois sa première poussée de psoriasis. Depuis le début, les taches de psoriasis n'ont jamais regressé, mais sont restées localisées aux signes d'élection (coudes et genoux).

La jeune L... paraît beaucoup plus âgée qu'elle n'est en réalité. Elle est très forte, plutôt adipeuse. Son caractère est mou. Elle porte dans la région antérieure du cou une dépression qui peut faire soupçonner une diminution du volume de la thyroïde. La mère de la jeune malade est d'ailleurs porteuse d'un kyste de la thyroïde.

Nous soupçonnons une insuffisance thyroïdienne (4 nov. 1925). Notre diagnostic se trouve vérifié par l'épreuve de

PARISOT et RICHARD (accélération du pouls + 8 et neutralisation du réflexe oculo-cardiaque primitivement positif (6)). La contre épreuve (épreuve à l'adrénaline de GOETSCH) est négative.

La malade, avant de nous consulter, a subi un traitement opothérapique (cachets pluriglandulaires) sans aucun résultat favorable.

Nous prescrivons de l'extrait thyroïdien. Nous ignorons encore les effets de notre médication.

Résumé. — Jeune malade hypothyroïdienne. La mère de la malade porte un kyste de la thyroïde.

OBSERVATION XV

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CORNIL)

M. Bl..., 32 ans, coiffeur. Syndrôme pluriglandulaire (insuffisance testiculaire et surrénalienne probables). Psoriasis. Acroparesthésie.

25 juillet 1925. — Le malade nous est adressé pour des troubles de la sensibilité et du psoriasis associés. C'est un adulte au faciès glabre. Les caractères sexuels secondaires sont très peu développés. La voix est eunucoïde ; les poils du pubis sont très clairsemés. Le psoriasis remonte à 15 ans. Il siège aux coudes et aux genoux, quelquefois, mais rarement, à la face. Il n'y a jamais eu de blanchîment complet, malgré les nombreux traitements externes qui ont été appliqués. Depuis 2 mois, le malade se dit « énérvé ». On note de la tachycardie, de l'irritabilité. Il y a des périodes de dépression nerveuse. L'imprégnation éthylique est probable.

M. Bl... se plaint de crampes avec fourmillements et engourdissement des extrémités (à droite surtout). On note de légers troubles de la sensibilité objective (piqûre, tact mal

perçus, maladresse pour prendre une épingle). On provoque une douleur à la pression du mollet droit.

Examen neurologique. — Réflexes tendineux : abolition des achilléens ; rotuliens très faibles.

Pupilles : Elles sont égales, et réagissent bien.

Cœur : R. A. S.

Tension artérielle (faible). Vaquez 10.5 — 8.5.

Tremblement fin des extrémités (éthylisme).

Le malade fait des rêves professionnels (éthylisme).

Le foie déborde de 2 travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes. La langue est saburrale. L'haleine a une odeur acétonique.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le Dr KOLOPP, de Metz, a fait pratiquer le Wassermann, qui est négatif.

Traitement :

Désintoxication. Suppression de l'alcool. On prescrit 10 jours par mois : poudre de surrénale : 0,10 ; 10 jours par mois : androstine (testicule) ; 10 jours par mois : poudre de thymus, 0,20.

Le 1^{er} septembre 1925. Les crampes ont disparu. L'acroparesthésie persiste, mais moins marquée. L'état général s'est amélioré. Le malade se sent mieux. Il n'y a plus de cauchemars. Le foie a repris son volume normal. La pression artérielle ne s'est pas modifiée : 10 1/2 — 8. Le psoriasis a complètement disparu depuis 10 jours. L'opothérapie testiculaire est poursuivie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ACHARD et BINET. — Métabolisme basal chez les hyper et hypothyroïdiens (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 26, 1922.)
2. APPELMANS. — Le rôle de la glande thyroïde dans le phénomène de l'anaphylaxie (*C. R. Soc. Biol.*, t. 87, 1922.)
3. AULAGNIER, P. — Origine endocrinienne de quelques dermatoses (*La Méd. pratique*, 30 décembre 1924.)
4. BARTHÉLEMY, R. — L'hérédo-syphilis des glandes à sécrétion interne. Son intervention dans la pathogénie des troubles dystrophiques d'origine hérédo-syphilitique. (*Bull. Méd.* 27 sept. 1919, n° 1.)
5. BAUER. — Dermatoses at the menopause. (Extr.: *The endocrine survey*, janvier 1924, n° 4.)
6. BLUMGARTEN. — The diagnostic and therapeutic of the endocrines in fonctionnal diseases (*New-York Méd. Journal*, 5 avril 1922).
7. BORY (M.-L.). — Les théories étiologiques et pathogéniques du psoriasis. (*Paris Médical*, 5 mars 1921).
8. BRAMWELL BYRON. — An address on the thyroid treatment of skin diseases. (*The British Journal of dermatologie*, juin 1894, p. 193.)
9. BRABANT. — Le traitement des états allergiques (athsme, eczéma, urticaire, psoriasis, etc...). Un procédé nouveau, de nouveaux horizons. (*Bruxelles Méd.*, 24 avril 1924, p. 751).
10. BRAVA. — Note sur le traitement du psoriasis par les injections intraveineuses de salicylate de soude. (*The brittish Journal of dermatologie*, nov. 1922.)

11. BROCK. — Endocrines and skin diseases. (*Deutsche Méd. Woch.*, nov. 1924.)
12. BUSCH. — Thiroidine dans le traitement des maladies de la peau. (*Dermatol. Zeitschrift.*, 1895, t. II, p. 433.)
13. BUSCHKE. — Zwei felle von psoriasis mit vermutlich endokrinen Strærungen. (*B. D. G.*, 8 mai 1923.)
14. CAMRDA. — Endocrine therapy in psoriasis. (*Illinois Medical Journal*, septembre 1923.)
15. CAMRDA. — Endocrine treatment of psoriasis (*Ceska dermat.*, 1921, n° 3.)
16. CAREIRA, J.-L. — Les endocrinopathies dans le psoriasis. (*Presse Médicale Argentine*, 20 juin 1925.)
17. CASTLE, W.-F. — The treatment of psoriasis by the mercury vapour lamp (*Practitioner*, 1925, mai, p. 375.)
18. CLAUDE et PIEDLIÈVRE : Sympathique et glandes endocrines. (*Journal Méd. franç.*, juin 1921, p. 224.)
19. CRAICIANU : Recherches expérimentales sur les relations entre la sécrétion interne des ovaires et le tonus du système végétatif. (*Presse Médicale*, 28 juin 1925.)
20. CRHA. — Du Psoriasis (*Dermatol. tchèque*, 1924, n° 7, p. 266.)
21. CUNNINGHAM. — Le psoriasis, une névrose. (*Méd. record*, 7 septembre 1912.)
22. DANIELOPOLU. — Les épreuves végétatives (*Presse Méd.*, 25. juillet 1923.)
23. DEKEYSER. — Dermatoses réflexes d'origine menstruelle (*Bull. de la Soc. belge de dermat. et syph.*, 1901-1902, n° 1.)
24. DELON. — Troubles cutanés et hématologiques par dysfonctionnement du système endocrino-sympathique. (*Extr. Presse Méd.*, 2 février 1924.)
25. ELLIS et ROLLESTON. — Arthritisme associated with psoriasis. (*P. S. of L. clinical Section*, 8 mai 1924, p. 153.)
26. EPSTEIN. — A cas of psoriasis. (*New-York med Journal*, 5 avril 1913, p. 714.)

27. FISCHL. — Observation clinique concernant l'influence de l'hypothyroïdisme sur les dystrophies cutanées. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 201.)
28. FLEISHER. — Monilia as a possible etiologic factor in psoriasis. (*Arch. derm. et syphil.*, juin 1925, p. 756.)
29. FOGGIE. — Psoriasis des ongles survenant à chaque grossesse. (*Scottish. Méd. and Surg. Journal*, mai 1901, p. 426.)
30. GARNER, R. GOODALL et L. C. CONN. — Relations du corps thyroïde et des organes génitaux. (*Surg. Gynecol. and obstetric*, mai 1911.)
31. GARRETSON (W. V. P.). — The interrelation of the endocrines and the vegetative nervous system. (*New-York Med. Journ.*, 15 mars 1922.)
32. GARZELLA. — L'endocrinologia nei sui rapporti etiologici con le dermatosi. (Pise, 1924, Mariotti, éditeur.)
33. GAUCHER-DESMOULIÈRES. — Traité : art. psoriasis.
34. GAUCHER, E. — L'origine tuberculeuse du psoriasis. (*Paris Médical*, 5 mai 1917, p. 342.)
35. GAUCHER et M^{lle} Renée KLEIN. (*Paris Médical*, 6 mai 1916, p. 428.)
36. GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde. (*Revue de Médecine*, 1900, t. LXX, p. 442.)
37. GAWALOSKY, K. — Die thymus bestrahlung und die Haut der psoriasiker. (*Acta dermato-vener.* 1923, t. IV, p. 105.)
38. GLEY. — Quatre leçons sur les sécrétions internes. (Paris, Alcan, 1920.)
39. GOETSCH. — Le diagnostic précoce et le traitement de l'hyperthyroïdisme. (*New-York Med. Journ.*, 15 mars 1922.)
40. GOLAY, J. — Sur le rôle du système pancréatique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. (*Annales de derm. et syph.*, octobre 1922, t. III, n^o 8, 9, 10 11.)
41. GREENBAUM. — Psoriasis treated with intramuscular injection of thymus. (*Philadelphie dermat. Soc.*, 9 avril 1923.)
42. GOECKERMANN, W.-H. — Treatment of psoriasis. (*North-West Med.*, mai 1925, p. 229.)

43. GROSS. — Thymus in psoriasis. *D. m. W.*, sept. 1922.)
44. GUARINI. — *Giornal ital. delle mal. ven. e della pelle*. (Fasc. 1, 1923.)
45. HALLION. — La sympathicotonie et la vagotonie. — (*Revue pratique de biologie*, mai 1924, n° 5.)
46. HARROWER. — Pratical Organotherapy (Section V, chapitre 19).
47. HAYS. — L'extrait thyroïdien dans le psoriasis (*American practitioner and News*, 15 fév. 1900.)
48. HENDRIE. — Treatment of psoriasis by parathyroïd extract, (*B. m. J.*, 3 janv. 1925, p. 18.)
49. HESS, M. — Über die Etiologie der Psoriasis. (*Archiv. fur Derm. und Syph.*, 1924, t. CXLVI, p. 236.)
50. HOFFMANN et STREMPER. — *Dermatologische Zeitschrift*, 1923, t. XXXVIII, p. 193.
51. IBOTSON. — A note of the treatment of psoriasis. (*Lancet*, 1925, 6 june, 1182-1183.)
52. JACKSON, G.-Th. — Thy roïd feeding in diseases of the skin. (*Journal of cutaneous and génito-urinary diseases*, oct 1894.)
53. JAERISH. — Zur Aetiologie der Psoriasis.
54. JARISH, A. — Sur l'étiologie des maladies de peau. (*Wiener medizin Blatter*, 1880, n° 21-22.)
55. KAGELMANN, H. — Un cas de psoriasis corymbiforme. (*Archiv fur Dermat. und Syph.*, 1923, t. CXLVI, p. 129.)
56. KOPACZWSKI, W. — Les travaux récents sur les chocs. (*Gaz. des Hôp.*, 27 décembre 1923.)
57. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. (*Alcan*, édit., Paris, 1924.)
58. — Le sympathique. (*Journal méd. franc.*, février 1924, t. XIII.)
59. LAURENT. — Note sur les variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes. (*B. S. F. D.*, 8 mars 1923, p. 134.)
60. LENNHOF. — Über psoriasis. (*Magdeburger Dermat. Vereinig*, 12 décembre 1924.)

61. LEREDDE. — Le rôle du système nerveux dans les dermatoses. (*Archiv. gén. méd.*, avril-mai 1899.)
62. LÉVY-FRENKEL et JUSTER. — Recherches sur le psoriasis et résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines. (*B. S. F. dermat.*, 8 nov. 1923, p. 382.)
63. LÉVY-FRENKEL et JUSTER. — L'opothérapie dans les affections cutanées (*Journ. de méd.*, Paris, 26 juillet 1924.)
64. LÉVY-FRENKEL et JUSTER. — L'origine endocrino-sympathique des troubles cutanés trophiques. (*Soc. Neurol.*, 1^{er} mars 1923.)
65. LUCIEN-PARISOT-RICHARD. — Revue Française d'endocrinologie. (Gaston Doin, édit., 1923.)
66. LUCIEN-PARISOT-RICHARD. — Essai de classification des états thyroïdiens (*Rev. fr. d'end.*)
67. MALCOLM MORRIS. — Les sécrétions internes dans leurs rapports avec la dermatologie (*B. m. J.*, 17 mai 1913, p. 1037.)
68. MARANON. — Sur le signe de la tache rouge thyroïdienne. (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} déc. 1922.)
69. MENEAU. — Médication du psoriasis par l'extrait thyroïdien. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1894, n° 23.)
70. MENZER. — Psoriasis als konstitutions krankheit. (*Deutsche med. Woch.*, 1913, n° 33, p. 1599.)
71. MOSSE, M. — Médication thyroïdienne dans le psoriasis et le vitiligo. (*Annales de dermat. et syph.*, 1895.)
72. — Effets de la médication thyroïdienne dans deux cas de psoriasis. (*Congrès de Carthage*, avril 1896.)
73. NOBÉCOURT et MATHIEU. — Syndromesthymiques. (*Journal de Chirurgie et de méd. pratiques*, 10 avril 1924.)
74. *Paris-Médical*, 10 mai 1919. — Complications cutanées de la maladie de BASEDOW.
75. *Paris-Médical*, 24 juin 1922.
76. PARISOT, J. — Les fonctions de l'appareil surrénal. (*Journal méd. franç.*, 1913, n° 7, p. 493.)

77. PARISOT ET RICHARD. — La valeur fonctionnelle de l'hypophyse et les moyens cliniques de l'évaluer. (*Rev. Méd. de l'Est*, 1922, n° 9.)
78. — Le signe de la thyroïde chez les basedowiens et les hyperthyroïdiens. (*Soc. Méd.* Nancy, 26 avril 1922.)
79. — Les glandes endocrines. Leur valeur fonctionnelle. (*Gaston Doïn*, éditeur, 1923.)
80. PAROUNAGIAN. — Psoriasis in a syphilitic negro. (*Manhattan dermat. Soc.*, 14 oct. 1924.)
81. PERRIN, M. et HANNS, A. — Les sécrétions internes ; leur influence sur le sang. (*Baillière et fils*, éditeurs, Paris, 1923.)
82. PETRINI. — L'influence de la grossesse sur le psoriasis vulgaire. (*Soc. franç. derm. et syph.*, 7 nov. 1912.)
83. PEYRI. — Contribution à l'étude étiologique du psoriasis et ses conséquences thérapeutiques (*Thérapie*, Barcelone, 1913.)
84. PODWYSSOZKAJA. — Sur la question du traitement du psoriasis (*Wratschebnaja Gazeta*, 24, n° 10, p. 220.)
85. POOR, F.-V. — Sur les rapports de quelques maladies de la peau avec les sécrétions internes. (*Dermatologische Wochenschrift*, 5-12 juillet 1913.)
86. PRESCRIBER (The), oct. 1925, art. psoriasis.
87. — Oct. 1923, the thymus and psoriasis, p. 365.
88. Psoriasis et Rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyroïde et testiculaire. (*Soc. méd. Hôp.*, juin 1913.)
89. PULAY. — Pathologie de la nutrition et dermatoses. (*Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n°s 23-24.)
90. RAVAUT, BITH et DUCOURTIOUX. — L'insuline dans le psoriasis. (*Soc. de derm. et syph.* ; 14-6-1925.)
91. ROSSI, L. — Psoriasis et grossesse. (*La Réforma médica*, 25 mai 1891, p. 494.)
92. SAMBERGER. — Précis de sémiologie des maladies de la peau, Prague, 1925.
93. SAMBERGER. — Über das Wesen der psoriasis. (*Actadermatovenerologica*, 1921, t. II, p. 359.)

94. SCHAFER, A. EDWARD. — Physiologie et physio-pathologie des glandes endocrines. (Librairie Oct. Doin, 1920.)
95. SCHWIMMER. — Des affections cutanées d'origine nerveuse. (Extr. *Annales de dermat. et syph.*, 1882, p. 656.)
96. SERGENT, RIBADEAU, DUMAS et BABONNEIX. — Sympathique et glandes endocrines. (Maloine et fils, Paris, 1921.)
97. SCHAFER, A. EDWARD. — Physiologie et Physiopathologie des glandes endocrines. (Doin, 1920.)
98. SCHNEIDER. — Psoriasis, X. ray. treatment of thymus. (*W. K. W.*, 1922, juin, p. 565.)
99. SCHÖNFELD. — Le psoriasis est-il un symptôme d'infection chronique ? (*Deutsche m. Woch.*, 1913, n° 33.)
100. SCHLAFER, R. — Sur le psoriasis pustuleux. (*Derm. Zeit.*, 1921, t. XXXIII, p. 49.)
101. SERGENT RIBADEAU, etc. — Sympathique et glandes endocrines. (Maloine et fils, Paris, 1921.)
102. SICOLI. — *Annales dermat. et de syph.*, 1924, p. 139.
103. SMALL. — Cas montrant l'influence du traumatisme sur la distribution du psoriasis.
104. SPILLMANN, PARISOT et SIMONIN. — Psoriasis et grossesse. (*B. S. F. D.* 23, n° 6, *R. W.*, 12 mars 1923, p. 31.)
105. SPILLMANN et CARILLON. — Opothérapie et dermatoses. (*B. S. F. dermat. et syph.*, juillet 1925.)
106. SUKMANN. — Generalisierte psoriasis vulgaris. (*W. D. G.*, 13 nov. 1924.)
107. SWARTZ, J.-H. — Quartz lamp in psoriasis (*Boston med. et surg. J.*, 23 juillet 1925, p. 162.)
108. SZOUDI et HAAS. — Pruritus as an endocrine disorder. (Ext.: *the Endoc. Survey*, janvier 1904, n° 4.)
109. THIBIERGE, G. — Le traitement thyroïdien du psoriasis (*Ann. de dermat. et syph.*, 1895, p. 760.)
110. THOMAS, G.-J. — Traitement des maladies de la peau par l'ingestion de corps thyroïde. (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases*, octobre 1894, n° 10, p. 409.)

111. VERROTI. — La Medecina Pratica, 5^e année, fasc. 1. — Un cas de psoriasis vulgaire généralisé avec aménorrhée guéri par l'opothérapie ovarienne. (*Riforma Medica*, 34^e année.)
 112. VINCENT. — On the results of extirpation of the thymus gland. Prel. Commun. (*Journ. of physiol.*, 1903.)
 113. WAUGH. — Psoriasis (*Chicago dermat. soc.*, 15 octobre 1924.)
 114. WEINHARDT. — Thymus and psoriasis (*M. M. W.*, 1921. 68, 1405.)
 115. WILSON. — Treatment of psoriasis by parathyroid extract (*Brittish med. Journal*, 1924, 26 avril, p. 772.)
 116. WINSTEL, A. — Glandes endocrines et dermatoses (*Thèse Nancy*, 1924.)
 117. ZABURIN, V. — Traitement des maladies de la peau par la thyroïdine. (*Arch. of dermat. et syph.*, 1896, t. XXXVII, p. 421.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>De l'étiologie du Psoriasis</i> . . .	7
Conceptions anciennes. — La conception moderne de Samberger, notre point de départ	7
Causes occasionnelles du psoriasis	11
Causes réelles du psoriasis	18
Méthode clinique	18
Méthode thérapeutique	22
Méthode des tests endocriniens	28
CHAPITRE II. — <i>Du traitement opothérapique du psoriasis</i>	39
CHAPITRE III. — <i>Les tests endocriniens</i>	47
CHAPITRE IV. — <i>Conclusions</i>	57
CHAPITRE V. — <i>Observations</i>	61
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	83

Vu :

**Nancy, le 23 Novembre 1925.
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. SPILLMANN.**

Vu :

**Nancy, le 23 Novembre 1925
LE DOYEN,
L. SPILLMANN.**

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 24 Novembre 1925.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

